

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE ECONOMIA
MONOGRAFIA DE BACHARELADO

As mudanças na política de Seguridade Social pós - CF de 1988

CRISTINA CARNEIRO MACHADO
DRE: 105082799

ORIENTADORA:
Prof. Denise Lobato Gentil

Março de 2010

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE ECONOMIA
MONOGRAFIA DE BACHARELADO

As mudanças na política de Seguridade Social pós - CF de 1988

CRISTINA CARNEIRO MACHADO
DRE: 105082799

ORIENTADORA:
Prof. Denise Lobato Gentil

Março de 2010

As opiniões expressas neste trabalho são da exclusiva responsabilidade da autora

Agradecimentos

Aos meus pais que me ensinaram os valores mais importantes da vida. E que com carinho, amor e atenção me proporcionaram a melhor educação possível. Por todos os cuidados que tiveram comigo, por toda alegria que me propuseram, por todo o amor que me dedicaram eu lhes agradeço.

A todos os professores do Instituto de Economia da UFRJ, que com paciência e generosidade transmitiram um pouco do seu conhecimento. Em especial a professora Denise Gentil, que com atenção, sabedoria e gentileza me ajudou na confecção desse trabalho.

Aos meus amigos que sempre estiveram do meu lado, me dando apoio em todos os momentos. Me ajudando a amadurecer, me ensinando, e me fazendo rir. De forma especial gostaria de agradecer a quatro amigas que fiz no IE: Carla, Marcela, Perla e Suzana. Essas meninas ficarão para sempre presentes nas melhores lembranças de faculdade. Não sei como teria conseguido concluir o curso sem a amizade delas.

E acima de tudo agradeço a Deus, pois sei que sem Ele não teria conseguido transpor todas as dificuldades, contratempos e obstáculos que encontrei pelo caminho.

Resumo

Este trabalho analisa as políticas sociais adotadas na área de Seguridade Social no período pós-Constituição Federal de 1988. O objetivo do trabalho é verificar de que maneira as medidas adotadas pelo governo na área de Previdência Social, Assistência Social e Saúde, atingem a população, em especial a população mais carente. Também é feita uma análise dos gastos sociais nas três esferas do governo. E há uma breve discussão sobre a distribuição de renda no país, a fim de verificar que essas políticas diminuem a condição de pobreza de uma parcela da população.

Sumário

Introdução	8
CAPITULO I – Proteção Social: Origem e Evolução no Mundo.	10
1-Apresentação	10
2- Histórico da proteção social	10
2.1 – Contexto histórico de proteção social no mundo	10
2.2 – O Welfare State	12
3 – A evolução do sistema de seguridade social no Brasil	14
3.1 - O início da seguridade no Brasil	14
3.2 - A Seguridade Social instituída pela Constituição de 1988	16
4 – Considerações Finais	19
CAPITULO II – Seguridade Social:	
As Mudanças na Política Social Após a CF/88	21
1- Apresentação	21
2 – Previdência Social no Brasil	22
2.1 – Algumas mudanças no regime de Previdência Social	22
2.2 – Da Constituição Federal	23
2.3 – As três reformas da Previdência (1998, 2003 E 2005)	26
2.4 – Observação numérica	27
2.5 – Algumas considerações	29
3 – Assistência Social	29
3.1 – A Constituição Federal no âmbito da Assistência	29
3.2 – Benefício de Prestação Continuada	32
3.2.1 – Alguns resultados referentes ao BPC	33
3.3 – O Programa Bolsa Família	34
3.4 – Algumas políticas adotadas na questão nutricional	38
4 – Saúde	39
4.1 – A legislação da saúde	39
4.2 – Programas de saúde e o SUS	42
4.3 – Alguns resultados das políticas de saúde	43
4.4 – Algumas considerações	48

5 – Considerações finais	48
 CAPITULO III – Gasto Social nas Duas Últimas Décadas no Brasil	 52
1 – Apresentação	52
2- A necessidade da intervenção estatal na questão social: uma breve explicação	52
3 – Algumas visões sobre a distribuição de renda	54
4 – O gasto social nas três esferas do governo	56
5 – Considerações finais	61
Conclusão	62
Referências Bibliográficas	64

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Percentual da Informalidade na PEA – 1981 – 2007	24
Gráfico 2: Composição dos não contribuintes da previdência – O papel dos desocupados e dos informais	28
Gráfico 3: Evolução de benefícios emitidos pelo BPC no período 1996 – 2008	33
Gráfico 4: Número de famílias atendidas no período 2004 – 2008	37
Gráfico 5: Número de casos novos de dengue – Brasil, 1998 – 2006	45
Gráfico 6: Estabelecimento de saúde por esfera administrativa – Brasil, 1992, 2002 e 2005	46
Gráfico 7 – Gastos acumulados com Juros, saúde, educação e investimento da União entre 2000 e 2007	56
Gráfico 8: Gasto público social das três esferas de governo	57
Gráfico 9: Gasto público social das três esferas de governo – Participação percentual das áreas de atuação social.	58
Gráfico 10: Gasto público social – Participação percentual das esferas de governo	59

Lista de Tabelas

Tabela 1: Contribuição e cobertura previdenciária por posição na ocupação	27
Tabela 2: Tipos de benefícios concedidos pelo Programa Bolsa Família	36
Tabela 3: Concentração de consultas e hospitalizações pelo sistema público – Brasil, 1987, 1995, 2000 e 2005	44
Tabela 4: Equipamentos de diagnóstico por imagem existente em estabelecimentos de saúde – 1999 e 2005	46

INTRODUÇÃO

A Proteção Social no Brasil surgiu na década de 1930. Com caráter contributivo, atingia apenas os trabalhadores formais. Primeiramente foram criadas as caixas de aposentadorias e Pensões (CAP) que eram organizadas por empresas, e atendiam apenas os trabalhadores das respectivas empresas. Na década seguinte surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) que eram organizados por categorias profissionais, mas ainda só atingiam os trabalhadores formais.

A Lei Orgânica de Previdência Social (LOPS), aprovada em 1960, residiu na uniformização da contribuição, e em 1966 houve a unificação institucional, a partir da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) .

Porém a grande mudança na Proteção Social ocorreu com a Constituição Federal de 1988 (CF/88). O título “Da Ordem Social” assegura, entre outros, direitos a Saúde, a Previdência e a Assistência Social.

Este trabalho tem o objetivo de analisar as políticas sociais pós-Constituição, a fim de verificar como essas mudanças na constituição promoveram uma melhoria na qualidade de vida da população, em especial da parte mais carente da população.

O capítulo um apresenta uma breve contextualização de proteção social no mundo: desde as práticas punitivas, passando pelo Seguro Social de Bismark, até a introdução de uma política de Seguridade Social apresentada por Beveridge. Apresenta também o contexto histórico brasileiro. Como o sistema de proteção surgiu na década de 1920 e sua evolução até a Constituição de 1988. Nesse capítulo também estão algumas das principais mudanças na CF/88 que levaram a mudanças nas políticas sociais no país.

O segundo capítulo apresenta algumas políticas sociais e alguns resultados na área de Seguridade Social, ou seja, Previdência Social, Assistência Social e Saúde. Cabe destacar que o número de beneficiários da Previdência Social aumentou significativamente após a CF/88, pois esta inclui a aposentadoria do trabalhar rural por tempo de serviço. Porém a Previdência não atinge a todos, ela tem caráter contributivo, e como a informalidade no Brasil é muito grande, muitos trabalhadores urbanos informais ficam de fora da previdência.

No âmbito da Assistência Social uma mudança importante foi a introdução do Benefício de Prestação Continuada, que transfere renda para os idosos e pessoas com deficiências físicas considerados pobres. Também cabe destacar os programas de transferência de renda com condicionantes, como é o caso do Bolsa Família.

Na área de saúde a criação do Sistema Único de Saúde que tem caráter universal foi uma importante conquista da CF/88. Embora o sistema ainda tenha muitas falhas muito já foi feito principalmente nas questões referentes a vigilância epidemiológica, ao combate de doenças como a AIDS e também a questão dos transplantes de órgãos e tecidos.

O último capítulo apresenta alguns gastos sociais federais, não só nas áreas da Seguridade Social, como também nas áreas de educação, saneamento e outros. Esse capítulo mostra as parcelas dos gastos na área social nas três esferas do governo. Na década de 1990 os estados e municípios passaram a ter mais poder de arrecadação e assim passaram a assumir mais responsabilidades no financiamento de políticas sociais. Para concluir esse capítulo, são apresentados alguns resultados que mostram uma redução no número de indigentes, uma redução nos níveis de desigualdade de renda e também uma redução no índice de Gini.

CAPITULO I – PROTEÇÃO SOCIAL: ORIGEM E EVOLUÇÃO NO MUNDO.

1-APRESENTAÇÃO

Com a ascensão do capitalismo, a proteção social se mostrou necessária, pois o sistema exclui uma parcela dos trabalhadores. Esses então ficam desempregados involuntariamente, não tendo acesso a renda, e conseqüentemente não podendo prover sua própria subsistência.

É devido a essa necessidade de proporcionar aos trabalhadores o mínimo necessário para sua sobrevivência, que o Estado passa a intervir na economia. No início essa política era punitiva, pois considerava que os trabalhadores fora do mercado não queriam trabalhar. Com a Depressão dos anos 30 do século XX, percebeu-se que muitas vezes o trabalhador não é o culpado por sua condição de desempregado, e sim o próprio sistema.

No Brasil, a proteção social surge em 1923 a partir da Lei Eloy Chaves. No início o sistema abrangia apenas os trabalhadores formais, mas com o passar dos anos este foi evoluindo e passou a englobar uma parcela cada vez maior da sociedade. A princípio a previdência era vista como seguro. Foi a partir da Constituição de 1988 que se passa a ter um sistema redistributivo e assistencial.

O objetivo central deste capítulo é mostrar o contexto histórico da proteção social no mundo e no Brasil, ou seja, analisar o motivo de se ter um sistema de proteção social, e o processo pelo qual esse foi criado.

Existem duas maneiras de se promover a proteção social, como seguro e como redistribuição. No Brasil, devido a informalidade do mercado de trabalho, ao elevado índice de desemprego e ao nível de desigualdade social, o método redistributivo proporciona uma maior abrangência.

Esse capítulo é dividido em 4 partes, esta introdução que apresenta os principais pontos que serão discutidos neste capítulo, uma segunda parte que apresenta um contexto histórico da proteção social no mundo, a terceira parte apresenta a evolução da proteção social no Brasil, e a última parte apresenta uma breve conclusão sobre o contexto histórico da proteção social.

2- HISTÓRICO DA PROTEÇÃO SOCIAL

2.1 – CONTEXTO HISTÓRICO DE PROTEÇÃO SOCIAL NO MUNDO

Desde o início do capitalismo que parte da força de trabalho assalariada é excluída do processo produtivo. Esta parcela fica vulnerável, pois não encontra emprego, e

conseqüentemente, faz com que esta não possua renda. Quando esta situação se agravava a ordem pública passava a ser ameaçada, e o auxílio a essas pessoas passava a ser feito por entidades religiosas, entidades filantrópicas ou pelo Estado. O objetivo deste auxílio era reabilitar esses trabalhadores, e prevenir que se tornassem “vagabundos”. Para isso eram utilizados controles e punições.

Na França, século XVIII, a ordem era prender os mendigos e inválidos para o trabalho, isso fazia com que os “sem trabalho” ficassem com medo, e providenciassem o mais rápido possível um emprego. Na Inglaterra (*Lei dos Pobres de 1536*), também era utilizada a repressão e a punição, pois levava o indigente a perder sua liberdade e sua reputação pessoal. Ao ser colocado em asilos, esta marca da pobreza atingia não só o indivíduo, mas também toda a sua família. Os trabalhadores não possuíam assistência médica, pensões e nem aposentadorias, as greves eram consideradas ameaças, e eram por isso, reprimidas severamente.

Esse método só foi revisto no século XIX, quando o capitalismo já estava consolidado. Com o aumento do uso de máquinas nas fábricas, as condições de vida dos trabalhadores foram piorando, os salários eram baixos, as jornadas de trabalho extensas, as fabricas eram mal iluminadas e não havia segurança no trabalho. Devido aos baixos salários os trabalhadores tinham que morar em bairros pobres muitas vezes não contando com uma estrutura de água e esgoto. O que proporciona um risco maior à saúde. A existência de todos esses problemas proporcionou uma conscientização e organização dos trabalhadores, fazendo com que surgissem os movimentos reivindicatórios e também as greves.

Um acontecimento importante foi a Grande Depressão da década de 1930, pois a partir dela ficou claro que o desemprego decorre dos interesses econômicos do capitalismo, ou seja, não é o trabalhador que não quer trabalhar, é o sistema que o exclui.

A partir do século XX passa-se a ter a idéia de que as políticas sociais devem ser do tipo seguro social. Havia também a idéia da universalização das ações do Estado, que agora se torna responsável não só pelo amparo dos indigentes, como também pelo bem estar da população como um todo.

O sistema de livre mercado busca a maximização de lucros, porém gera grandes problemas sociais que podem interferir na acumulação de capital, por isso o Estado deve intervir de modo a estabelecer as garantias sociais e econômicas em torno da produção. Assim em meio ao capitalismo liberal surgem medidas de proteção social. Essa foi uma mudança política que teve o apoio da classe operária, que lutou por seus direitos sociais.

O “ponta pé” inicial para o seguro social compulsório, foi dado na Alemanha na década de 1880 por Bismarck. O sistema alemão beneficiava os trabalhadores do comércio e

da indústria e abrangia pensão por idade, morte e invalidez, e ainda assegurava contra acidentes de trabalho, doenças e gravidez. O sistema era financiado pelo Estado, pelos empregados e empregadores, a partir de contribuições, e o Estado ficava como responsável pelo cumprimento das coberturas.

A Seguridade Social surge, a partir de 1942, com a publicação do Relatório de Beveridge, encomendado ao economista William Beveridge pelo governo inglês. O objetivo do relatório era criar uma política que tirasse as pessoas da condição de pobreza. Criou-se a partir de então uma política de proteção ampla. As políticas de caráter assistencial eram universais e financiadas por recursos tributários, enquanto as políticas de seguro social eram de caráter contributivo. A Seguridade Social é inclusiva, e reconhece o direito dos cidadãos a proteção social

O Estado de Bem-Estar Social na Europa, construído depois da Segunda Guerra Mundial teve como características uma seguridade social igualitária e generosa. O Estado promovia os benefícios sociais de forma a proporcionar condições mínimas para a população, ou seja, assume a proteção social como um direito de todos. Junto dessa idéia de bem-estar social existe a noção de seguro social, onde apenas os contribuintes são segurados, e proporcionalmente às suas contribuições. Já o conceito de seguridade social pressupõe a universalização dos direitos sociais, que deve ser exercido pelo Estado e atingir todos os cidadãos.

Segundo Gentil “A proteção social, traduzida como direito à seguridade social, à educação, à moradia só se efetivaria no século XX e se expandiria, efetivamente no pós-Segunda Guerra Mundial” (Gentil, 2006).

2.2 – O WELFARE STATE

Segundo Gentil o Estado de Bem-Estar Social europeu foi resultado da combinação de fatores estruturais, culturais, políticos e econômicos e essa combinação se deu de maneira diferente em cada país. Uma característica histórica relevante aos sistemas de proteção social nos diversos países foi que este evoluiu ao mesmo tempo em que o capitalismo industrial e o proletariado fabril se implantavam. Dessa forma o sistema de seguridade social está diretamente relacionado ao nível de industrialização e urbanização em cada país.

O desenvolvimento econômico fez com que a capacidade de arrecadação de recursos pelo o Estado crescesse, dessa forma era possível expandir os gastos com a proteção social. De acordo com Gentil, o que aconteceu na maioria dos países foi a passagem de um sistema de previdência como seguro para um sistema de seguridade, aumentando assim a participação do Estado na proteção social.

A Seguridade Social também está relacionada com o fortalecimento dos partidos social-democratas e com as propostas de políticas anticíclicas keynesianas, que promovem o dinamismo econômico. Como diz Gentil, “Cabe ao Estado keynesiano a aplicação de uma política fiscal progressiva, de modo a garantir o pleno emprego, desenvolver a produção de bens e serviços sociais e promover a redistribuição da renda nacional.” (Gentil, 2006).

A perda do dinamismo econômico (após os 30 anos gloriosos do capitalismo), e as políticas de estabilização recessivas geraram desemprego. Devido a políticas recessivas adotadas nos anos 1980, no mundo inteiro, a idéia de pleno emprego acaba sendo abandonada. A partir do momento que a capacidade de absorção do mercado de trabalho é reduzida, se observa uma crescente exclusão social, e acaba por mostrar a fragilidade do sistema de proteção social, pois este não consegue suprir todas as demandas por benefícios sociais. Segundo Gentil essa perda de dinamismo fez com que as receitas públicas parassem de crescer, enquanto os gastos públicos, relacionados ao aumento do número de desempregados, cresciam.

Depois do período de guerra fria e com a globalização as relações de trabalho sofreram profundas modificações, devido a mudanças estruturais e tecnológicas no mercado de trabalho. Nesse período aumentam as críticas sobre a intervenção do Estado. Algumas das críticas eram: a ineficiência na alocação de recursos e a inflação devido ao aumento dos gastos. Volta-se a ter a idéia de que as funções do Estado são saúde, educação, segurança e justiça, e se propõem novamente o Estado mínimo, assim a proteção social deve ser de responsabilidade do mercado e dos indivíduos.

O déficit do Estado de Bem-Estar Social não é resolvido ajustando o valor da contribuição aos benefícios, e aumentando as equidades do sistema, pois existem fatores externos que podem provocar resultados adversos.

Em alguns países em desenvolvimento da América Latina, o aumento dos déficits e a crescente idéia de que o Estado não deve intervir, levaram o Estado a fazer reformas estruturais. Podem-se destacar três modelos que foram mais utilizados: o substitutivo, que acaba com o sistema público e o substitui por um sistema privado; o paralelo, onde é feita uma reforma no sistema público, e se constrói um sistema privado, de forma que os dois possam competir em si; e, o misto, que integra o sistema público ao privado, que oferece um benefício complementar.

Tais reformas provocaram a perda da idéia de seguridade, de maneira que se para de ter uma visão coletiva e se passa a ter uma visão individual e o sistema, que era de repartição, passa a ser de capitalização.

Pode-se então concluir, resumidamente, que o próprio sistema capitalista exclui os trabalhadores do mercado de trabalho, gerando assim, um aumento no número de desempregados que gera um aumento na pobreza. Sendo necessária assim, a intervenção do Estado com o objetivo de fornecer o mínimo para que essa parcela excluída pelo sistema possa sobreviver. É a partir do século XX que se passa a ter políticas sociais que atingem toda a população, ou seja, de caráter universal.

3 – A EVOLUÇÃO DO SISTEMA DE SEGURIDADE SOCIAL NO BRASIL

3.1 - O INÍCIO DA SEGURIDADE NO BRASIL

A História do Brasil é marcada por fortes ambigüidades na forma como evoluiu o capitalismo, pois a heterogeneidade estrutural é muito forte. Ao mesmo tempo em que o país é o oitavo mercado do mundo capitalista, a miséria absoluta continua sendo um problema grave e visível.

O período de 1930 a 1988 foi marcado por um processo de estruturação das bases institucionais e financeiras do sistema de proteção social, mas foi em 1988, a partir da Constituição, que se teve efetivamente o início de um sistema de proteção social universal e redistributivo.

A criação da Organização Internacional do Trabalho, em 1919, no Tratado de Versalles, influenciou as ações voltadas para a proteção social no Brasil. O início da previdência social no Brasil se dá com a Lei Eloy Chaves de 1923, quando são criadas, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's). As CAP's eram organizadas por empresas, e tinham o regime de capitalização. A princípio, esta era para as empresas e funcionários das estradas de ferro, mas a partir daí surgem outras CAP's, de água, gás, energia, mineração, entre outras. Cabia ao Estado garantir o cumprimento da lei. Esse sistema atinge apenas os trabalhadores urbanos de ramos de atividades indispensáveis.

A partir de então, passou-se a ter no Brasil uma instituição que oferecia assistência médica, auxílio farmacêutico, aposentadorias e pensões. A constituição de 1934 marcou a transição das idéias liberais para a proposta social intervencionista.

Na década de 30 surgem os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), que funcionavam por categoria profissional, cada qual com o seu sindicato, e não por empresas como as CAP's. A base do regime era capitalização utilizando o modelo de Bismarck, de contribuições de empregados, empregadores, e da União. Cada instituição definia o seu pacote de alíquotas de contribuição. Os institutos conseguiam exercer pressões políticas que as caixas não conseguiam, porém os trabalhadores rurais e urbanos informais, continuavam não tendo acesso aos IAP's.

Essa organização por categoria dos institutos estava diretamente ligada ao “Estado Novo”, que tinha como um dos objetivos regulamentar a cidadania. Dessa forma, para fazer parte dos IAP’s, os trabalhadores deviam ter carteira de trabalho e estar ligados ao sindicato de sua categoria. Assim, lhes era fornecido um parâmetro para acesso aos benefícios previdenciários. O número de Institutos cresceu rapidamente e surgiu a tendência ao desequilíbrio financeiro. A tentativa de resolver o problema fez com que em 1960, após 13 anos de tramitação no Congresso Nacional, fosse aprovada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), que uniformizava as contribuições e os benefícios, mas a estrutura fragmentada continuava intacta, e os trabalhadores rurais continuavam de fora, porém os trabalhadores autônomos passaram a ser segurados. Segundo IPEA (2009b):

a alíquota de contribuição dos empregados e empregadores ficou estabelecida em 8% do salário de benefício. Além disso, os benefícios foram uniformizados entre as várias instituições e o Estado passou a ser encarregado do pagamento de pessoal, e dos encargos sociais correspondentes a administração do sistema Previdenciário e a cobertura de eventuais insuficiências financeiras. (IPEA, 2009b, p.43)

Em 1966, os institutos foram unificados e cria-se o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), a partir de então o Ministério do Trabalho fica responsável pelos benefícios previdenciários dos trabalhadores urbanos, embora o funcionalismo da União tivesse um instituto próprio.

A idéia de um sistema previdenciário como seguro, foi passando paulatinamente para um sistema distributivo assistencial e, de um regime de capitalização, para o sistema de repartição simples. O sistema é financiado por contribuições sociais das empresas; por contribuição utilizando como base a folha de salários; contribuição das empresas que incidem sobre o lucro e o faturamento; contribuições que incidem sobre receitas de concursos e prognósticos; e as receitas vinculadas.

No âmbito da saúde foram feitas diversas mudanças. Amplia-se a clientela e os custos operacionais, pois se passa a atingir um número maior de pessoas, passa-se a exercer uma prática curativa individual, são construídos hospitais públicos, aparece um complexo médico-industrial, que influenciava as políticas públicas de saúde, porém as camadas mais pobres da população, que não contribuíam para a previdência, continuavam excluídas.

Na década de 70, o sistema se amplia, mas continua com o caráter excludente. Segundo Teixeira,

Este caráter excludente do sistema previdenciário brasileiro foi-se aprofundando ao longo dos anos 70, à medida mesma em que o próprio sistema se ampliava. Em 1971, foram criados o pró-rural, com um plano de benefícios bem mais modesto para os trabalhadores agrícolas, e Central de Medicamentos (CEME); em 1972, os benefícios da previdência foram estendidos às empregadas domésticas; e, em 1974, foi criado o Ministério da Previdência e assistência Social (MPAS). Finalmente, em 1977, foi constituído o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social pela Lei nº 6.439, de primeiro de setembro daquele ano. (TEIXEIRA, 1990, p 18)

Assim, o INPS continuou responsável pela área de seguro social, criou-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) afim de promover a assistência médica, e o Instituto de Administração Financeira de Previdência e Assistência Social (IAPAS) ficou responsável por arrecadar e fiscalizar as contribuições e também ficou responsável por gerir os recursos do sistema. Quanto à assistência social, havia duas instituições: a Legião Brasileira de Assistência (LBA), que se dedicava a população carente, e a Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (Funabem).

No âmbito da Assistência Social, a primeira regulamentação foi a criação do Conselho Nacional de Seguridade Social (CNSS) em 1938, pelo decreto lei nº 525, este definia que o serviço social como um conjunto de obras públicas e privadas. E tinha o objetivo de diminuir “as deficiências ou sofrimentos causados pela pobreza ou pela miséria ou oriundas de qualquer outra forma do desajustamento social e de reconduzir tanto o indivíduo como a família, na medida do possível a um nível satisfatório de exigência no meio em que habitam” (Decreto Lei nº 525 Artigo 1).

Na década seguinte a Assistência Social estava sob a responsabilidade privada, em especial predominavam as obras católicas, que são inspiradas na caridade cristã de ajuda aos mais necessitados.

As questões de segurança alimentar passaram a ser discutida no período pós Primeira Guerra Mundial, mas só na década de 1940 que ações ligadas a nutrição e alimentação passaram a ser feitas através de instituições de Previdência Social. Entretanto, no Brasil, só na década de 1990 que este assunto passa a ter destaque no âmbito do governo federal

3.2 - A SEGURIDADE SOCIAL INSTITUÍDA PELA CONSTITUIÇÃO DE 1988

O sistema redistributivo e assistencial só se consolida no Brasil com a Constituição de 1988 (CF/88), porém não acabou com a idéia de um seguro. A Constituição estabeleceu que a seguridade social seria financiada por toda a sociedade, direta ou indiretamente, mediante recursos do orçamento da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Foi a partir da CF/88 que o conceito de seguridade social foi introduzido, pois diz respeito a um sistema de proteção social, que é fundamental para a reprodução da força de trabalho. Tal proteção é dada aos trabalhadores em caso de impossibilidade de exercer a força de trabalho seja por motivo de doença, velhice, acidentes entre outros. A Constituição de 1988 é considerada um marco jurídico e político¹ do processo de redemocratização do país.

O texto constitucional propôs mudanças no âmbito das políticas sociais. Em seu artigo 3º define-se que:

¹ Ver Gentil (2006) capítulo 3.

Constituem objetivos fundamentais da república Federativa do Brasil: construir uma sociedade livre, justa e solidária; garantir o desenvolvimento nacional; erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação (Constituição Federal, 1988).

Para que se cumprisse com esses objetivos, no artigo 6º ela define o que são direitos sociais: “a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desempregados” (Constituição Federal, 1988). Para promover um mínimo básico a todos os trabalhadores no artigo 7º, inciso IV, define-se que o salário mínimo deve ser fixado em lei, unificado em todo o território nacional e capaz de atender as necessidades vitais básicas do trabalhador e de sua família.

Na definição da CF/88: “A seguridade compreende um conjunto integrado de ações de iniciativas dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.” (Constituição Federal, 1988, Art.194).

O Artigo 194 ainda define, em seu parágrafo único, que cabe ao poder público organizar a Seguridade Social com base nos seguintes objetivos:

Universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação do custeio; diversidade da base de financiamento; caráter democrático e descentralizado da administração (Constituição Federal, 1988)

Segundo Gentil:

Norteia-lhe o princípio a *universalidade* da cobertura e do atendimento, o que significa contemplar todas as contingências sociais que geram necessidades de proteção social, a todos os indivíduos, indistintamente. Esse princípio incorpora uma reformulação fundamental dos direitos sociais do cidadão do Estado moderno. Um novo pacto social se estabeleceu a partir dali, com mudanças nas relações entre aproximação com o modelo de Estado de Bem-Estar Social. A saúde e a assistência social passaram a ser direito do cidadão e dever do Estado, e a previdência, ao misturar contribuição com financiamento estatal, ampliava sua cobertura de modo a incluir parcela da população até então não atendida pelo sistema. (GENTIL, 2006, p.113)

O artigo 195 da CF/88 organiza as contribuições sociais existentes, e cria outras contribuições, criando assim o orçamento da Seguridade Social. Fica definido que a Seguridade Social será financiada por toda a sociedade, direta ou indiretamente, mediante recursos provenientes da União, do Distrito Federal, dos Estados, dos Municípios e das contribuições dos empregadores sobre a folha de salário e demais rendimentos do trabalhador, sobre receita ou faturamento e sobre o lucro; contribuição dos trabalhadores; contribuição sobre receitas de concursos prognósticos e contribuição do importador de bens ou serviços do exterior. E no artigo 165, parágrafo 5º, inciso III, define-se que a lei orçamentária anual irá compreender o orçamento da Seguridade Social.

Assim a seguridade deixa de ter caráter de seguro, pois o seguro estabelece um contrato individual que assegura direitos ao contribuinte de um benefício futuro, proporcional a sua contribuição no presente. Já no conceito de seguridade o que é importante é o contrato

social, de forma que o benefício está relacionado com a questão da cidadania. Assim as pessoas recebem de acordo com as suas necessidades e não proporcional a contribuição.

Dessa forma qualquer cidadão pode se filiar ao Regime Geral de Previdência Social (RGPS) e receber os benefícios que lhe são de direito segundo a legislação. O Sistema Único de Saúde (SUS) também é oferecido a todos os cidadãos, e as pessoas que se encontram em situação de pobreza ou extrema pobreza, podem se candidatar aos auxílios assistencialistas.

Essa mudança teve por objetivo reduzir o problema da concentração de renda, e do grande número de pessoas vivendo em condição de miséria. A maioria da população consome quase toda a renda, assim sua capacidade de poupar é muito reduzida, dessa forma a noção de seguro não satisfaz as necessidades da maioria da população.

Nas palavras de Gentil: “A seguridade social, baseada na noção de solidariedade e de cidadania, mostrava-se o caminho mais indicado para enfrentar esses problemas. A constituição de 1988 significou um compromisso claro nessa direção.” (GENTIL, 2006)

No artigo 196º é definido que a saúde é direito de todos e dever do Estado, e este deve promover políticas sociais e econômicas, que tenham o objetivo de reduzir o risco de doenças, e promover o acesso universal igualitário as ações e serviços referentes à saúde. Os recursos da Seguridade Social financiam os programas de saúde e também financiam a Assistência Social. Esta é prestada a quem necessitar, independente de contribuição, como está definido no artigo 203º.

Todas essas mudanças na constituição indicavam que o poder público passaria a exercer um papel essencial da produção e regulação de bens e serviços, e também na defesa dos interesses coletivos. O sistema procurou ampliar os mecanismos de arrecadação, o que evitou inicialmente problemas fiscais, e passou a atingir quase toda a população idosa e deficiente em situação de pobreza.

A partir daí, foram tomadas uma serie de medidas, como a criação de algumas contribuições, como a Contribuição Sobre o Lucro Líquido (CSLL), criada em 1989. Em 1993 foi criada a tributação sobre a movimentação financeira (CPMF), que financiava a saúde, e foi extinta em 2007. Em 1993 é consolidada, a Lei Orgânica de Assistência Social (Loas) em 1996 cria-se um regime de tributação para micro e pequenas empresas. E em 1999 cria-se a legislação sobre o fator previdenciário.

Foi só no governo Itamar em 1993, que começou de fato a montar e aplicar a legislação social proposta pela constituição, forma criadas as Leis Orgânicas da Previdência Social, da Assistência Social, e da Propriedade Fundiária, e se estabelecerem discussões e compromissos com relação a educação básica. Foi o governo Itamar que introduziu na agenda

social a questão da fome e da miséria, procurando ver as responsabilidades, e as soluções possíveis.

Na Europa o que possibilitou a implantação do Estado de Bem-Estar Social no pós Segunda Guerra Mundial foi a presença forte de sindicatos e a forte participação dos partidos operários no parlamento, o que não aconteceu no Brasil. O sistema de seguridade social surgiu no Brasil com o fim do regime militar, de forma que as demandas sociais reprimidas nos anos da ditadura passaram a ser mais visíveis. E o avanço da democracia permitiu a inclusão dos direitos civis, políticos e sociais no conceito de cidadania.

No momento que o Brasil adota um sistema de proteção social, o welfare state europeu perdia a sua credibilidade², pois o aumento dos gastos gerou inflação e déficit público, e havia questionamentos quanto aos efeitos em combater a pobreza. Por esse motivo de falta de credibilidade do welfare state houve uma dificuldade no Brasil de colocar em prática o que estava escrito na Constituição.

4 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema de seguro social surgiu na Alemanha no século XIX, e beneficiava os trabalhadores do comércio e da indústria, o sistema financiado pelo Estado e pelos cidadãos concedia benefícios de pensão por idade; morte e invalidez; auxílio- acidente de trabalho; auxílio doenças e auxílio gravidez.

Em muitos países da Europa o sistema de previdência, no século XX, passa a ter características de seguridade social, ou seja, aumenta a participação do Estado na questão de proteção social.

No Brasil, o sistema previdenciário começa em 1923 a partir da Lei Eloy Chaves, a partir daí foram criadas as CAP's, que eram por empresas, depois evoluíram para os IAP's, por categorias de trabalhadores. A LOPS uniformiza os planos de benefício, mas a estrutura continua fragmentada, até que em 1966 foi criado o INPS, pela unificação dos IAP's, e o ministério do trabalho passa a ser o responsável pelos benefícios previdenciários dos trabalhadores urbanos.

Mudanças na saúde também foram feitas, criando hospitais, aumentando o número de pessoas com acesso ao serviço de saúde, mas a exclusão continuava, pois a base continuava sendo contributiva, assim, só tem acesso a cuidados médicos quem contribui para a previdência social.

A Seguridade Social só vai se consolidar no Brasil a partir da Constituição de 1988, onde toda a população passa a financiar o sistema previdenciário, seja por contribuição dos

² Ver Gentil 2006 capítulo 3.

empregados e empregadores, ou por receitas vinculadas a seguridade. A partir daí toda a população passa a ser protegida pelo sistema, não há exclusão. Todos, independentemente de sua contribuição, estão assistidos.

CAPITULO II – SEGURIDADE SOCIAL: AS MUDANÇAS NA POLÍTICA SOCIAL APÓS A CF/88

1- APRESENTAÇÃO

O termo Seguridade Social tem como característica a garantia da universalização das prestações de serviço e de benefícios. Assim sua base de financiamento é mais ampla que a do seguro social. Conceito no qual se baseia a previdência social brasileira desde a década de 1920, inspirado no modelo de Bismark da segunda metade do século XIX. No século XX surge o conceito de seguridade social, que tem como característica a universalização do acesso e o financiamento feito por recursos tributários.

A Constituição Federal de 1988 inova ao definir que Seguridade Social destina-se a assegurar os direitos a Saúde, a Previdência Social e a Assistência Social. Ela afirma o objetivo de reposição de renda aos indivíduos que perderam temporária ou definitivamente sua capacidade de trabalho. Amplia a cobertura da previdência e flexibiliza o acesso aos trabalhadores rurais. Consolidou a universalização de atendimento na área de saúde, independente da capacidade de pagamento dos indivíduos, tornando o sistema integral. Consolidou o Sistema Único de Saúde (SUS), e estabelece a Assistência Social como política pública não contributiva que visa o combate a pobreza.

Dessa forma, instauram-se as bases de um sistema de proteção social amplo, onde são reconhecidas as necessidades de intervenção pública na área de direito social, que anteriormente se encontrava restrito ao âmbito privado.

Segundo o IPEA (2009b) a Seguridade Social talvez represente a peça de política social mais inovadora da Constituição, porém não houve na época o respaldo de movimentos e lideranças da sociedade civil. Na verdade a idéia da criação de uma seção voltada para a Seguridade Social surgiu da subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente influenciada por trabalhos realizados anos antes para o Ministério da Previdência e Assistência Social³.

No âmbito da Previdência Social a constituição determinou a inclusão dos trabalhadores rurais em regime de economia familiar, esses tinham princípios diferentes dos trabalhadores urbanos, pois o benefício não estava condicionado à contribuição para a Previdência, mas a comprovação de inserção no regime de produção familiar.

³ Mais informações IPEA (2009b) p 19

Na questão da Assistência Social a CF/88 estabelece, no artigo 203 inciso V, o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que consiste em um benefício monetário de natureza assistencial, que tem o objetivo de assegurar uma renda mensal de um salário mínimo a todos os idosos, e pessoas com deficiência física que se encontrem em situação de pobreza.

A seguridade social foi uma das mais importantes conquistas da constituição de 1988, ela representa a consolidação da cidadania, afirma um sistema de Proteção Social que reconhece os direitos sociais. Porém esse processo enfrentou e continua enfrentando dificuldades em consolidar a Proteção Social como pública e universal, há também dificuldades no âmbito financeiro, e na garantia de oferta de serviços de qualidade.

Dessa forma as políticas de Saúde, Assistência e Previdência, devem buscar sempre os princípios de uniformidade, universalidade de benefícios e serviços estabelecidos pela CF/88.

Este capítulo se divide em cinco partes incluindo esta apresentação que trata da questão da Seguridade Social como um todo. A segunda parte trata das principais mudanças na Previdência Social pós CF/88. A terceira parte mostra algumas políticas do governo no âmbito de Assistência Social, em especial as políticas de transferência de renda. A penúltima parte trata da questão de saúde, a criação do SUS e apresenta alguns de seus resultados. Por último têm-se algumas considerações finais a respeito do tripé da Seguridade social (Saúde, Previdência Social e Assistência Social).

2 – PREVIDÊNCIA SOCIAL NO BRASIL

2.1 – ALGUMAS MUDANÇAS NO REGIME DE PREVIDÊNCIA SOCIAL

A Previdência Social pública, no Brasil, é obrigatória para todos os trabalhadores brasileiros, tanto os do setor público, quanto os do setor privado.

De acordo com o IPEA (2009b) em 1991 foi aprovado o Plano de Benefícios do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), que era voltado para o setor privado. Esse plano estabelece como segurados obrigatórios pela Previdência Social os empregados (aquele que presta serviços à empresa, em caráter não eventual e está subordinado à empresa via remuneração); os empregados domésticos (que prestam serviços contínuos a uma pessoa ou família, no âmbito residencial), o contribuinte individual (presta serviços eventualmente a uma ou mais empresas sem relação de emprego, ou o trabalhador que exerce por conta própria atividade econômica remunerada); o trabalhador avulso (presta serviço a uma ou mais empresas, sem vínculo empregatício com intermediação de um sindicato); o segurado especial (trabalhador da área rural que exerça, comprovadamente, atividades como produtor, arrendatário e parceiro, individualmente ou em família).

Há ainda a categoria de segurados facultativos, que corresponde a pessoas com 16 anos ou mais que se filiam ao RGPS. Sua participação é voluntária desde que não exerça atividade remunerada que o caracterize como segurado obrigatório no regime de Previdência Social.

O novo plano aumentou o tempo de carência para a requisição do benefício, de 180 contribuições mensais, proporcionou a aposentadoria para as mulheres por tempo de serviço após 25 anos de trabalho, e também promoveu o aumento do auxílio-doença, que passa a respeitar o piso equivalente ao salário mínimo.

Porém as maiores mudanças ocorreram no meio rural, que a partir daí passou a ter tratamento equivalente à população urbana. Segundo o trabalho do IPEA (2009b), essa mudança fez com que os valores dos salários de benefícios aumentassem para todos os riscos cobertos. Uma medida importante foi a redução, em cinco anos, da idade mínima para o requerimento do benefício para os homens que trabalhassem em sistema de economia familiar, e a introdução de uma idade mínima diferenciada para as mulheres que trabalhassem em regime familiar. Além disso, o benefício passa a ser concedido de maneira individual e não mais por unidade de produção familiar.

2.2 – DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

O Artigo 201 da Constituição Federal define a previdência nos seguintes termos: “A previdência social será organizada sob forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial” (Constituição Federal, 1988)

Dessa forma a Constituição Federal não previa a inclusão de todos os segmentos excluídos na Previdência Social. Esta deveria atender a população mediante contribuição, assim, quem não contribui não tem direito aos benefícios.

Essa idéia entra em confronto com a idéia de Previdência Rural, já que nesse caso, para ter direito ao benefício, basta que o trabalhador comprove que trabalhou no campo por trinta anos. Por outro lado, o trabalhador urbano necessita provar tempo de contribuição para ter acesso aos benefícios.

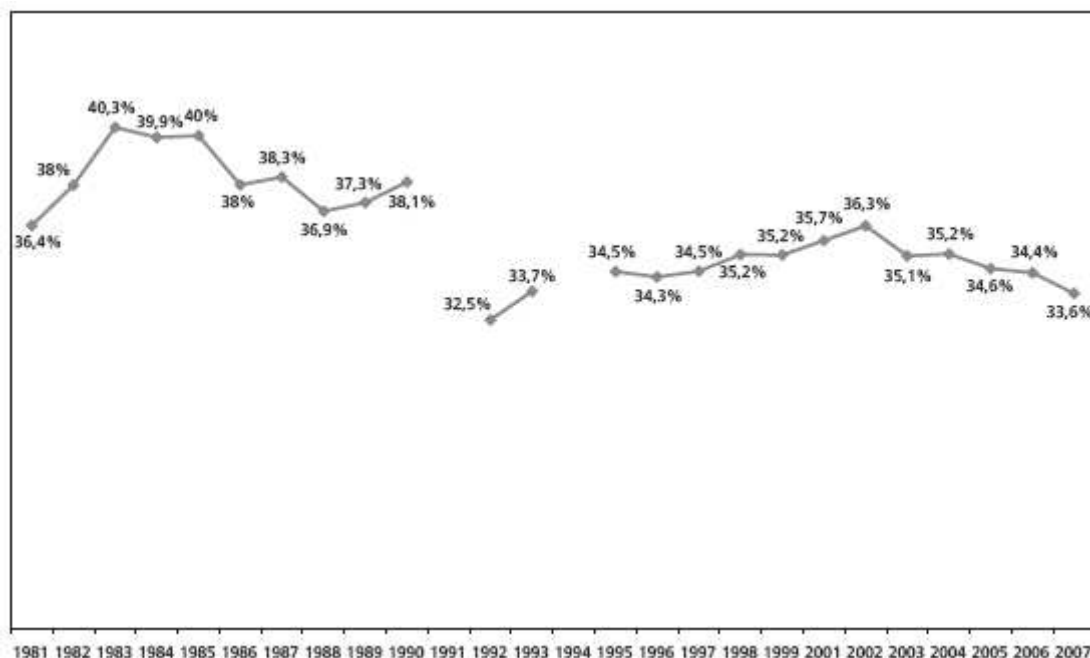
O Artigo 201 § 7º Inciso I define o tempo de contribuição para homens em trinta e cinco anos e para as mulheres em trinta anos. O inciso II define a idade mínima para a aposentadoria dos homens em sessenta e cinco anos e para as mulheres em sessenta anos. Define, ainda, que, para o trabalhador rural, que exerça atividade em regime de economia familiar, essa idade seja reduzida em cinco anos para ambos os sexos.

De acordo com o trabalho do IPEA (2009b), essa diferença entre os trabalhadores rurais e urbanos se dá devido ao fato de o trabalho rural ser penoso, desgastante e de não ter necessariamente fins lucrativos. Quanto à previdência urbana, o objetivo de universalização se dá pelo fato de que qualquer grupo pode se filiar ao sistema, desde que comprove a contribuição. E, políticas de inclusão dos grupos com baixa capacidade contributiva devem ser adotadas a fim de garantir a universalidade do sistema.

A cobertura da Previdência Social aumenta muito quando passa a ser permitido que haja mais de um beneficiário por unidade familiar no meio rural. Antes da CF/88 apenas o chefe de família era segurado. Agora todos os que possuem mais de 16 anos e trabalham em regime de economia familiar são considerados segurados especiais.

Uma característica marcante no mercado de trabalho brasileiro é a informalidade. Ao observar o gráfico 1 é possível perceber que desde 1981 o percentual de trabalhadores informais fica acima dos 30%. No período de 1989 a 1992 houve a maior redução no percentual da informalidade, no gráfico, nesse período há uma quebra metodológica, o que pode gerar dúvidas quanto a redução real. Porém de acordo com o IPEA (2009b) essa quebra metodológica não alterou o percentual de trabalhadores informais. E atribui essa queda a efetivação das medidas previstas pela CF/88.

Gráfico 1: Percentual da Informalidade na PEA – 1981 – 2007



Fonte: PNADs

Obs.: A PEA considera correspondente a pessoas de 16 a 64 anos.

Considera-se como trabalhador informal todo aquele que exerce atividade, mas não contribui para a Previdência Social.

A quebra metodológica da PNAD não resultou em alteração no percentual de trabalhadores informais

Para incentivar a formalização foram adotadas políticas que reduzem a tributação sobre a folha de salário. Em 1996 foi criado o Simples, que unifica e facilita o recolhimento de tributo

por pequenos e micro empresários. A alíquota é reduzida, mas progressiva sobre o faturamento bruto. O recolhimento de tributos federais, tais como: Imposto de Renda Pessoa Jurídica (IRPJ); Contribuição para Programa de Integração Social (PIS); Programa de formação do patrimônio do Servidor Público (PASEP); Contribuição Social sobre o Lucro líquido (CSLL); Contribuição para o Financiamento da Seguridade social (COFINS); Imposto sobre Produto Industrializado (IPI); e Contribuição para Seguridade Social, a cargo de pessoa jurídica, é centralizado, utiliza-se o Documento de Arrecadação da Receita Federal.

O cálculo do valor a ser recolhido é simples e baseia-se na receita bruta mensal. Não há necessidade de escrituração para fins fiscais, mas é necessário que tenha guardado os livros caixa, o registro de inventário, e todos os documentos necessários para a escrituração. Além disso, há ainda a dispensa do pagamento de algumas contribuições federais, tais como SESC, SENAC, SESI, SENAI e SEBRAE.

De acordo com a publicação do IPEA (2009b) os dados do Ministério da Previdência Social mostram que em 1999, 900 mil estabelecimentos optavam pelo sistema simplificado, já em 2005, esse número aumentou para 1,6 milhões. O aumento dos estabelecimentos que optaram pelo sistema simplificado levou a um aumento no número total de trabalhadores nesses estabelecimentos, de 3,6 milhões em 1999 para 5,8 milhões em 2005. Ou seja, provocou um aumento no número de trabalhadores formais que tem direito a previdência social.

Em 2006 foi criado um novo modelo tributário simplificado, o Super Simples ou Simples Nacional, ele utiliza a arrecadação única dos mesmos tributos federais que o Simples e acrescenta o imposto estadual – Imposto sobre Circulação de Mercadoria e Prestação de Serviço (ICMS), e o imposto municipal – Imposto sobre Serviço de Qualquer Natureza (ISS). Dessa maneira a arrecadação tributária fica mais simples, e a carga tributária para as empresas desse programa é reduzida. A redução da carga tributária para essas empresas gera uma redução nas receitas da previdência, mas o objetivo é aumentar o trabalho formal.

Em 2008 foi criada pela lei complementar nº 128/2008 visando a inclusão previdenciária, o Micro empreendedor Individual (MEI), mas esta só entrou em vigor em julho de 2009. Essa lei é voltada para os micronegócios que possuem limite de faturamento de R\$ 3 mil mensais. Dessa forma o MEI engloba os menores negócios do país. As tributações são fixas, independem do faturamento.

O MEI recolhe: 11% do valor do salário mínimo para a contribuição previdenciária; R\$ 1,00 para o ICMS; R\$ 5,00 para o ISS e fica isento do IRPJ, IPI, CSLL, COFINS, PIS e INSS patronal.

O Microempreendedor Individual só pode contratar um empregado, e este deve receber no máximo o equivalente a um salário mínimo mensal, ou o piso da sua categoria profissional.

Também foram criados incentivos para os trabalhadores por conta própria, donas de casa e estudantes. A contribuição destes grupos era no valor de 20% do salário declarado, respeitando os valores máximos e mínimos definidos pela lei⁴. Porém, a cobertura entre os trabalhadores por conta própria é baixa, pois muitos indivíduos estabelecem outras prioridades que não o pagamento ao INSS.

Por isso foi criado em 2007 o Plano Simplificado de Previdência Social (PSPS), que estabelece alíquota de contribuição de 11% sobre o salário de contribuição no valor de um salário mínimo. Os segurados desse plano têm direito aos benefícios de aposentadoria por idade, e por invalidez, auxílio doença, salário maternidade, pensão por morte, e auxílio reclusão. Porém não tem direito a aposentadoria por tempo de contribuição. Mas é permitido que o PSPS passe para o sistema tradicional, e há também a possibilidade do indivíduo complementar o valor arrecadado nos meses que estava no PSPS para ter direito a aposentadoria por tempo de contribuição.

Tanto o Simples, como o Super Simples e o MEI tem o objetivo de, via redução da tributação, ampliar a formalização de empresas, e a formalização dos trabalhadores dessas empresas. Essas políticas podem ser consideradas inclusivas, pois criam incentivos a regularização dos contratos de trabalho. O PSPS volta a sua atenção para os trabalhadores autônomos, também reduzindo as alíquotas, afim de que um número maior de indivíduos passe a formalização. Todas essas medidas favorecem os trabalhadores, pois estes passam a ser incluídos no sistema de previdência social, e dessa forma garantem uma aposentadoria na velhice ou auxílio em caso de doença e acidentes. Promovendo assim distribuição de renda entre parte da população menos favorecida.

2.3 – AS TRÊS REFORMAS DA PREVIDÊNCIA (1998, 2003 E 2005)

Em 1995 foi enviada, pelo Poder Executivo, uma proposta de Emenda Constitucional para o Congresso Nacional, a fim de mudar o Sistema Previdenciário. Em 1998 foi aprovada a Emenda Constitucional (EC) nº 20. Esta emenda propunha algumas medidas, tais como: substituição do critério “tempo de serviço” pelo critério “tempo de contribuição”; estabelecimento de limite de idade para a aposentadoria integral por tempo de serviço para servidores públicos; eliminação da aposentadoria especial para professores universitários; unificação das regras previdenciárias nas três esferas do governo; previsão da criação de

⁴ A lei a qual o texto se refere é a Lei 8212/1991.

regimes complementares para os servidores públicos, além da desconstitucionalização da fórmula de cálculo para os benefícios. O que possibilitou que em 1999 fosse aprovada uma Lei (nº 9.876) que criava um novo cálculo para os benefícios do RGPS, que relaciona a idade na data da aposentadoria, a expectativa de vida e o tempo de contribuição. Essa regra é conhecida como Fator Previdenciário.

Em 2003 foi aprovada a EC nº 41, que eliminou algumas diferenças entre os regimes, criando regras mais rígidas para os servidores públicos, se omitindo no que se refere aos servidores do setor privado. Para o setor privado, a EC 41 aumentou o teto de contribuições do RGPS em 10 salários mínimos e também previu a criação de um Sistema Especial de Inclusão previdenciária a fim de garantir um benefício no valor de um salário mínimo para os trabalhadores de baixa renda.

Porém em 2005 foi aprovada a EC nº 47 que relaxava as regras estabelecidas pela EC nº41 no que diz respeito aos servidores públicos, devolvendo a paridade dos reajustes, e permitia a redução dos limites de idade para a aposentadoria. No âmbito do RGPS, ampliou a cobertura, passando agora a incluir pessoas que não têm renda própria e se dedicam exclusivamente ao trabalho doméstico em suas residências, desde que a família seja de baixa renda. Essas pessoas passaram a contribuir com alíquotas inferiores as dos demais segurados pelo RGPS. O benefício equivale a um salário mínimo.

2.4 – OBSERVAÇÃO NUMÉRICA

Pelos dados da tabela 1, é possível observar que a População Economicamente Ativa (PEA) aumentou em torno de 67,8% no período de 1988 a 2007, passando de 55 milhões em 1988 para quase 93 milhões em 2007. Esse crescimento populacional é acompanhado do crescimento de trabalhadores que contribuem para a previdência social.

Tabela 1: Contribuição e cobertura previdenciária por posição na ocupação

Posição	1988	PEA (%)	1993	PEA (%)	1998	PEA (%)	2003	PEA (%)	2007	PEA (%)
Empr. com carteira	19.471.059	35%	19.698.052	31%	20.842.202	30%	25.465.725	31%	31.853.132	34%
Func. público – ind. militar	5.363.982	10%	4.060.531	6%	4.514.456	6%	5.231.892	6%	6.108.850	7%
Contr. ind.	5.433.291	10%	5.223.399	8%	5.470.021	8%	6.296.197	8%	7.827.500	8%
Contribuintes	30.268.332	55%	28.981.982	46%	30.826.679	44%	36.993.814	45%	45.789.482	49%
Seg. especial	2.564.745	5%	9.141.094	14%	8.538.803	12%	8.720.110	10%	8.316.998	9%
Cobertos	32.833.077	59%	38.123.076	60%	39.365.482	56%	45.713.924	55%	54.106.480	58%
Desempregados	2.097.199	4%	3.795.692	6%	6.264.488	9%	8.184.653	10%	7.619.917	8%
Informais	20.450.917	37%	21.293.484	34%	24.754.867	35%	29.175.224	35%	31.230.442	34%
Não contr. – descobertos	22.548.116	41%	25.089.176	40%	31.019.355	44%	37.359.877	45%	38.850.359	42%
Total (PEA)	55.381.193	–	63.212.252	–	70.384.837	–	83.073.801	–	92.956.839	–

Fonte: Dados das PNADs

Elaboração: IPEA 2009b

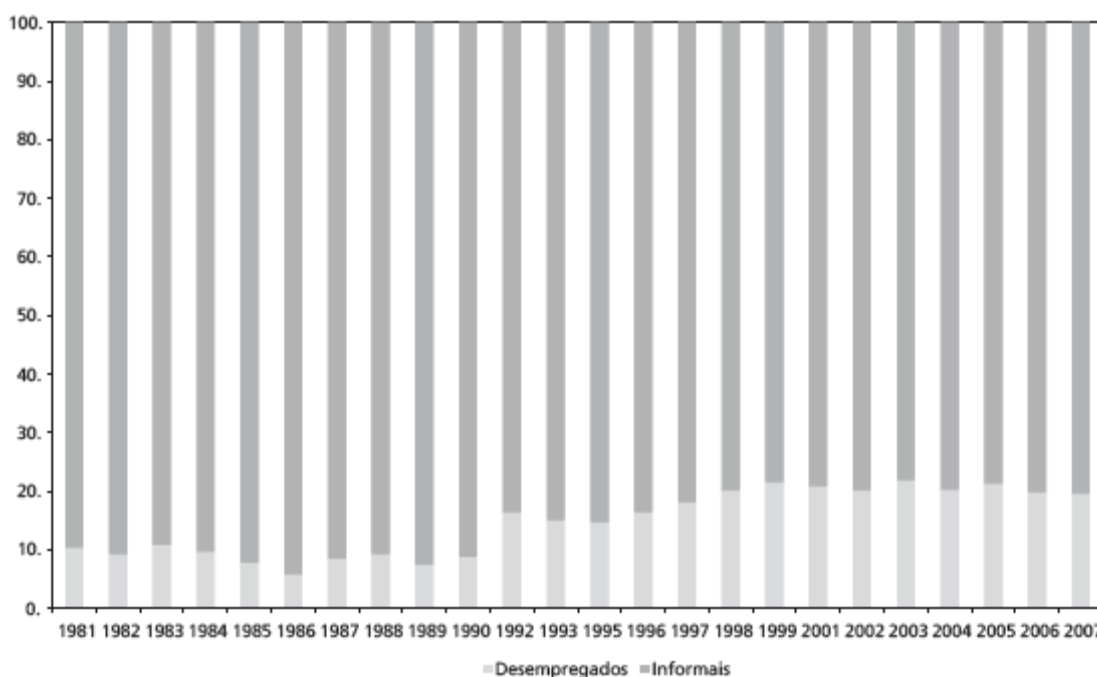
Segundo IPEA (2009b),

A conjuntura recessiva associada às políticas de redução da participação do Estado na economia aponta para alguns importantes movimentos de redução da participação de contribuintes para o sistema, quais sejam, a redução da participação de funcionários públicos e contribuintes individuais, concomitantemente ao aumento proporcional e relativo do número de desempregados. (IPEA, 2009b, p.67)

Ou seja, era esperada uma redução de contribuintes para a previdência social, mas isso não ocorreu, o percentual de cobertos em relação a PEA se manteve praticamente constante, variando de 55% a 60% nos últimos 20 anos.

Devido à constituição de 1988 grupos foram incluídos no sistema, o mais importante foi o grupo dos segurados especiais, que passaram de 5% da PEA em 1988 para 14% da PEA em 1993. Pela tabela é possível perceber que o a maioria das pessoas que não contribuem para a previdência são na verdade, trabalhadores informais, e não desempregados. Como pode ser observado no gráfico 2.

Gráfico 2: Composição dos não contribuintes da previdência – O papel dos desocupados e dos informais



Fonte: Dados das PNADs

Elaboração: IPEA 2009b

Segundo dados do trabalho do IPEA (2009b) o número de beneficiários da previdência mais que dobrou nas duas últimas décadas. Isso se deve ao amadurecimento do Sistema Previdenciário Brasileiro, pois permite que um número maior de indivíduos complete as trajetórias laborais e estejam aptos a receber os benefícios. Outro fator que também foi bastante relevante para esse aumento no número de beneficiários foi porque a CF/88 permitiu que mais de uma pessoa por família pudesse solicitar os benefícios previdenciários, no caso

dos segurados especiais, e além da aposentadoria, esses passaram contar com auxílio doença, salário maternidade, pensão por morte, auxílio acidente e auxílio reclusão. E com a redução da idade mínima para a elegibilidade do benefício uma parcela da população foi acrescentada no sistema.

Ainda de acordo com o trabalho do IPEA (2009b) em 1991, antes da população rural poder exercer os seus direitos ao benefício de aposentadoria por idade com idade diferenciada de 60 anos para homens e 55 para mulheres, eram concedidas 100 mil aposentadorias por idade para a população rural, em 1992 esse número passou para 600 mil e no ano seguinte chegou a 900 mil.

2.5 – ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

A Previdência Social segundo o IPEA (2009b) tem aproximadamente 58% da PEA como segurado, no regime geral e nos diversos regimes próprios, e ainda é responsável pelo pagamento de duas dezenas de milhões de benefícios mensais entre aposentadorias e pensões. A entrada da população rural no sistema foi o que gerou mais efeitos sobre a cobertura previdenciária.

Em um mercado com alta taxa de informalidade, com o mercado brasileiro, é necessário que os gestores da previdência criem condições para que esses trabalhadores possam ser incluídos no sistema. Por isso nos últimos anos foram criados o Simples, o super Simples, o MEI e o PSPS. Esses programas reduzem as alíquotas de impostos para essa população, o que gera um custo para sociedade, mas a inclusão desses trabalhadores na previdência gera um benefício social.

3 – ASSISTÊNCIA SOCIAL

3.1 – A CONSTITUIÇÃO FEDERAL NO ÂMBITO DA ASSISTÊNCIA.

A constituição de 1988 estabeleceu a Assistência Social como parte da Seguridade Social. Em seu artigo 203 define-se que “a Assistência Social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social” (Constituição Federal, 1988). Dessa forma a Assistência Social é instituída como uma política não contributiva. Nos incisos de I a V do mesmo artigo estão descritos os objetivos da Assistência Social, que são:

I – proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência, e à velhice;

II – amparo às crianças e adolescentes carentes;

III – a promoção da integração ao mercado de trabalho;

IV – a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

V – a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei. (Constituição Federal, 1988).

Em 1993 foi aprovada a lei nº 8.742, conhecida como Lei Orgânica de Assistência Social (Loas). Essa lei reafirma a descentralização político-administrativa, e as diferentes responsabilidades das três esferas do governo. Dessa forma passa a ser responsabilidade do Estado a oferta de serviços de Assistência Social, e essa oferta deve ser feita em parceria com entidades privadas.

Ao governo federal cabe a responsabilidade de implementar e financiar programas que promovam segurança de renda, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), a Renda Mensal Vitalícia (RMV) e o Bolsa Família, mas cabe aos municípios garantir esses serviços.

De acordo com o texto do IPEA (2009b):

...os dados existentes indicam que no campo da prestação de serviços assistenciais pouco se alterou durante a década de 1990, seja em termos de planejamento e estimativas de cobertura, seja em termos de garantia de financiamento. Especialmente em termos municipais, o planejamento da política, a avaliação da demanda existente, o acompanhamento e a avaliação dos serviços ofertados pelas entidades beneficentes, o estabelecimento de padrões de qualidade das ações, entre outros aspectos, pouco avançaram em relação ao período anterior. (IPEA, 2009b, p.188)

Ainda segundo o mesmo trabalho do IPEA, foi a partir de 2004 com a aprovação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) que o país passou a ter um novo modelo de Assistência Social regulamentado pelo Sistema Único de Assistência Social (Suas). Essa política tenta definir as finalidades da Assistência Social, e estabelece as responsabilidades entre as esferas do governo.

Em 2005 com a aprovação da nova Norma Operacional Básica, (NOB/Suas⁵) aprofunda-se a regulamentação do sistema descentralizado. Esse documento detalha as responsabilidades dos entes federados na gestão e no financiamento, e consolida a integração da rede de serviços.

Até então a participação federal no âmbito de oferta de serviços assistencialistas, se dava por meio do financiamento dos Serviços de Ação Continuada (SAC). A execução dos SACs era responsabilidade dos estados e municípios, e estruturavam-se de acordo com a população a ser atendida (crianças, idosos, adolescentes e pessoas com deficiência), através desses eram financiados os atendimentos em creches, abrigos, e instituições de assistência ao idoso e a pessoas com deficiências. Assim, as regulamentações da Assistência Social além de ter uma visão centrada no indivíduo, passam também a atender demandas amplas e diferenciadas. De acordo com o trabalho do IPEA (2009b) “Assistência Social é entendida como responsável por garantir às seguintes seguranças: de acolhida, de renda, de convivência

⁵ Disponível em: http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/usr/File/2006/imprensa/NOB_versao_final.pdf

familiar, comunitária e social, de autonomia e de sobrevivência a riscos circunstanciais.” (IPEA, 2009b).

Dessa forma a Assistência tem os objetivos de garantir renda, e também de ofertar serviços que promovam a socialização, a defesa e proteção em casos de violação de direitos, como por exemplo, casos de violência, abandono ou trabalho infantil.

A proteção social, seguindo orientações da PNAS, passou a se dividir em dois tipos de atendimentos: a Proteção Social Básica (PSB) e a Proteção Social Especial (PSE). A PSB tem o objetivo de prevenir a população mais vulnerável das situações consideradas de risco. Esse trabalho tem atividades com foco nas famílias, e os serviços são destinados a públicos específicos como crianças, jovens, idosos e pessoas com deficiência. São considerados serviços de proteção básica deste programa:

- i - Programa de atenção Integral às Famílias (PAIF);
- ii - programa de inclusão produtiva e projetos de enfrentamento da pobreza;
- iii - centros de convivência para idosos;
- iv - serviços para crianças de 0 a 6 anos;
- v - serviços socioeducativos para crianças, adolescentes e jovens entre 6 e 24 anos.

A PSE tem por objetivo “defender” os indivíduos vítimas de abandono, maus-tratos, abuso sexual, trabalho infantil entre outros casos, que signifiquem risco pessoal e social. Esse tipo de proteção é utilizado em situações de média e alta complexidade. Os serviços de alta complexidade garantem a proteção integral, incluem moradia, alimentação e higienização. Os serviços de média complexidade envolvem apoio e orientação sociofamiliar, abordagem de rua, cuidado no domicílio, serviço de habilitação e reabilitação para as pessoas com deficiência. As unidades que prestam esse tipo de atendimento são os Centros de Referência Especializada de Assistência Social (Creas). Eles oferecem serviços de orientação e apoio ao enfrentamento de violência e abuso sexual contra crianças e adolescentes, além de serviços de acompanhamento de adolescentes em liberdade assistida ou prestando serviços a comunidade como medida socioeducativa.

A NOB/Suas considera a população de cada município, a proporção de pessoas em situação de vulnerabilidade e os indicadores socioterritoriais para fazer a partilha dos recursos federais enviados para os municípios, para cobrir a proteção social básica. Já a proteção especial os recursos respeitam critérios que variam com os programas a serem “executados”, como é o caso do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti).

Segundo o trabalho do IPEA (2009b) em 2007 foi assinado por todos os estados incluindo o Distrito Federal pactos de aprimoramento de gestão. Isso representou uma etapa importante para a consolidação do sistema, pois reitera a responsabilidades desses no esforço

de adequação de seus órgãos ao pleno exercício da gestão da Assistência Social de sua competência. Porém, um ano depois da assinatura dos pactos o Ministério do Desenvolvimento Social divulgou informações que foram obtidas através de uma avaliação, e verificou-se que muitos estados não estavam cumprindo as metas. O Estado de Minas Gerais foi o que teve maior número de metas concluídas, cerca de 71,4%, em segundo lugar, bem abaixo de MG vem Alagoas com 21,8% das metas concluídas. Em alguns estados muitas metas não tinham sido nem começadas, como é o caso do Rio Grande do Norte, com 57,5% das metas ainda não iniciadas, Goiás, com 55,6% e Roraima com 54,3%. (IPEA, 2009b)

3.2 – BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é o primeiro mínimo social brasileiro a ser garantido pela constituição. Em seu artigo 203 inciso V, a constituição federal estabelece a “garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou tê-la provida por sua família” (Constituição Federal, 1988). O Benefício foi regulamentado pela Loas em 1993, mas só começou a ser implementado em 1996. Atualmente o benefício faz parte das ações de proteção social básica da Suas. O BPC passa a garantir proteção social a segmentos sociais até então desprotegidos no país.

A trajetória do benefício teve muitos debates e muitas mudanças na idade, na concepção de família entre outros até chegar aos valores que hoje são utilizados. O benefício é no valor de um salário mínimo mensal; não há natureza contributiva e se destina aos idosos com mais de 65 anos, e pessoas com deficiência que tenham renda familiar per capita inferior a um quarto do salário mínimo.

Em 2003 houve uma importante mudança devido ao Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741) que estabeleceu que “o benefício já concedido a qualquer membro da família nos termos de *caput* não será computado para fins de cálculo da renda familiar *per capita* a que se refere a Loas” (Estatuto do Idoso, Artigo 34 parágrafo único) Dessa forma mais de uma pessoa na mesma família pode receber benefícios do governo.

De acordo com o texto do IPEA (2009b), a cobertura do BPC no meio rural é muito pequena, e isso se deve a eficiência da previdência rural. Ou seja, as pessoas do meio rural não necessitam desse benefício, pois estão cobertas pela previdência, sendo assim o benefício se destina principalmente aos trabalhadores do meio urbano que provavelmente tiveram suas trajetórias marcadas pela precariedade e por baixos rendimentos.

O benefício encontra dificuldades para atingir todos os idosos e pessoas com deficiência em situação de vulnerabilidade econômica e social. Um dos motivos é o critério de

extrema pobreza - a renda familiar deve ser inferior a um quarto do salário mínimo. Essa condição acaba restringindo a abrangência do BPC, pois exclui aqueles que mesmo sendo pobres e vivendo em condição de vulnerabilidade econômica e social tem uma renda que ultrapassa o limite de acesso ao benefício.

Muitas pessoas estão recorrendo ao poder judiciário para receber esse benefício, já que ele está previsto na constituição, mesmo tendo a renda familiar *per capita* superior a um quarto do salário mínimo. Porém essa intervenção judicial no âmbito de Assistência Social está criando algumas polêmicas sobre o alcance da Assistência Social e sua universalização diante das limitações orçamentárias.

Segundo o IPEA (2009b) “o crescimento dos recursos alocados ao BPC não encontra limitação orçamentária. Este é considerado obrigatório pelo governo federal que deve fazer face às demandas apresentadas com disponibilização dos recursos necessários.” E afirma ainda que “um dos principais avanços constitucionais no campo da Assistência Social foi não apenas a criação do BPC, mas também a vinculação de seu benefício ao salário mínimo”. (IPEA, 2009b)

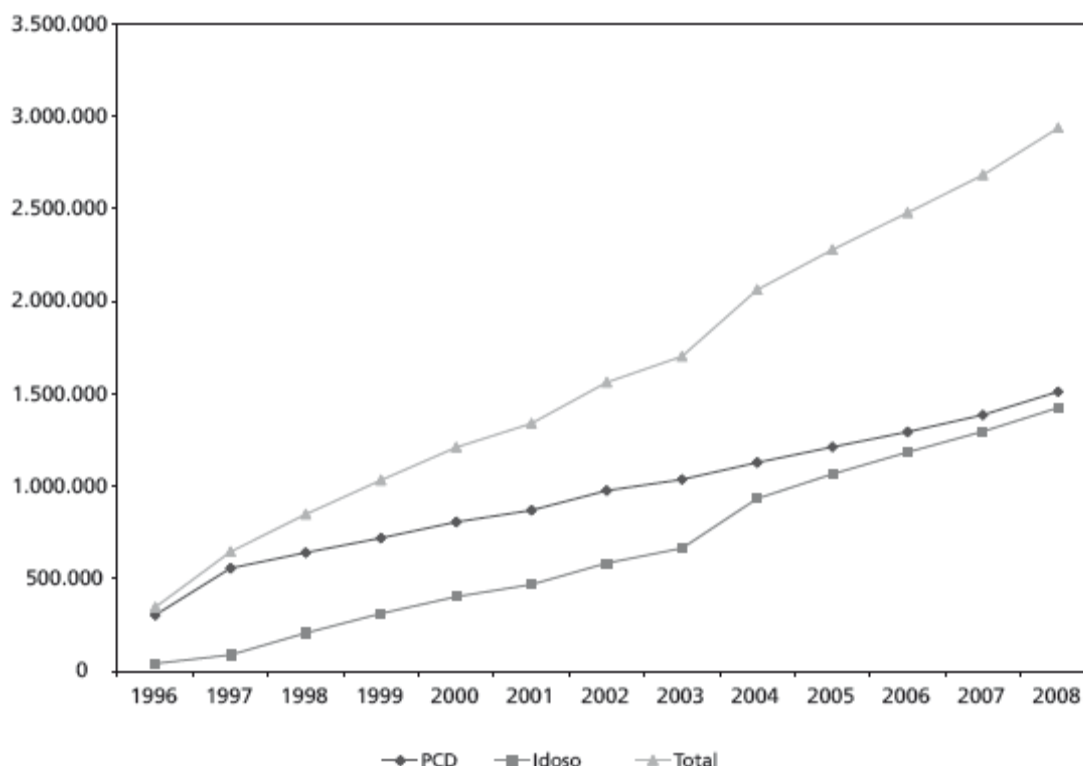
3.2.1 – ALGUNS RESULTADOS REFERENTES AO BPC

Desde 1996, quando o BPC foi implementado, até agora o número de beneficiários teve um acréscimo importante. De acordo com o texto do IPEA (2009b) no final de 1996 ao completar um ano, o programa atendia aproximadamente 346 mil beneficiários, sendo 304 mil pessoas com deficiência, e 42 mil idosos. No final de 2008 os beneficiários estavam em aproximadamente 2,934 milhões, sendo 1,510 milhões para pessoas com deficiência e 1,424 milhões para idosos.

O gráfico 3 mostra a evolução dos benefícios. Nos primeiros anos a cobertura era baixa, um dos possíveis motivos é que a idade mínima para o recebimento do benefício estabelecido pela Loas era de 70⁶ anos. Conforme a redução da idade acontece, o número de beneficiários aumenta. A primeira redução foi em 1998 para 67 anos, e em 2003 houve a segunda redução para 65 anos.

Gráfico 3: Evolução de benefícios emitidos pelo BPC no período 1996 – 2008

⁶ A definição da idade de 70 anos está no artigo 20 da Loas – Lei nº 8742 de 1993



Fonte: MDS

Elaboração: Diretoria de Estudos e Políticas Sociais (Disoc)/IPEA.

O BPC atua na garantia de proteção social de grupos em situação de vulnerabilidade social. Essa garantia provoca impactos positivos na situação social desses indivíduos. Porém existe a necessidade de ampliar a oferta de serviços a essa população, para promover a convivência e a integração social entre esses indivíduos.

3.3 – O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

O Programa Bolsa Família (PBF) teve início em 2003, até então a transferência de renda era feita por uma série de programas de caráter não contributivo e de forma continuada. O governo federal utilizava esses programas para atingir objetivos e públicos diferentes e esses funcionavam de forma independente, de forma que uma mesma família podia receber mais de um benefício.

Em 2001 foi criado o Programa Nacional de Bolsa Escola (PNBE), que pretendia atingir famílias com renda mensal *per capita* de até R\$ 90,00 com crianças de 6 a 15 anos que estivessem matriculadas no ensino fundamental. Essas crianças deveriam frequentar no mínimo 85% das aulas. Caso não cumprissem com essa exigência, perdiam o benefício, que era de R\$ 15,00 mensais por criança no máximo de três crianças por família, ou seja, no máximo de R\$ 45,00 por família. No mesmo ano foram criados os programas Bolsa Alimentação e Auxílio-Gás que também integravam o PNBE.

Os programas Bolsa Escola, Cartão-Alimentação, Auxílio-Gás e Bolsa Alimentação eram geridos por órgão diferentes, o que dificultava a coordenação de ações. Essa falta de integração possibilitava o acúmulo de benefícios sem que houvesse garantia de universalização de acesso. Assim uma família podia receber mais de um benefício enquanto outra família em situação semelhante não recebesse nenhum auxílio.

O PNBE, segundo o IPEA (2009b), em dezembro de 2002 beneficiava 5,1 milhões de famílias, o Bolsa Alimentação mais de 900 mil famílias e o Auxílio-Gás, que no primeiro momento beneficiava famílias que estavam nos programas Bolsa Escola e Bolsa Alimentação, beneficiava mais de 8,5 milhões de famílias.

No início de 2003 o governo Lula estabeleceu como objetivo prioritário o combate a fome e miséria. Em outubro do mesmo ano a política de transferência direta de renda foi alterada para o Programa Bolsa Família (PBF), que tem como condicionalidades:

- i - Educação: Crianças de 6 a 15 anos devem ter frequência escolar mínima de 85%, e os jovens, de 16 e 17 anos, frequência mínima de 75%;
- ii – Saúde: As crianças de até 7 anos devem estar em dia com as vacinas de acordo com o Ministério da Saúde; as gestantes devem fazer o pré-natal, e devem continuar o acompanhamento médico na fase de nutrízes.

O PBF começou a unificação dos programas de transferência de renda do governo federal. Ampliou o público alvo a ser atendido e o valor médio do benefício aumentou, tendo como objetivo garantir a renda mínima a todas as famílias consideradas extremamente pobres, e as famílias pobres com crianças.

De 2004 a 2006 foi feita a migração dos antigos programas de transferência de renda para o PBF. Em dezembro de 2006 segundo o IPEA (2009b) cerca de 11 milhões de famílias estavam cadastradas no Cadastro Único para Programas Sociais de Governo Federal. Um dos objetivos do programa é garantir uma renda “subsidiada” a todos aqueles que estão abaixo do patamar de renda considerado mínimo.

O Programa se divide em dois tipos de benefícios. O benefício básico, voltado para famílias em situação de extrema pobreza, e o benefício variável que depende da composição familiar e atende as famílias consideradas extremamente pobres e as famílias pobres. Desde a implementação do programa, os valores que definem as condições de pobreza e os valores dos benefícios têm sido atualizados de acordo com as mudanças sócio econômicas do país e de estudos sobre o tema.

Em 2004, no início do programa, as famílias consideradas em situação de extrema pobreza eram aquelas com renda familiar per capita de até R\$ 50,00 mensais, e as em situação de pobreza eram as que tinham renda familiar per capita variando entre R\$ 50,01 e R\$ 100,00.

Esses valores são alterados em abril de 2006 pelo decreto nº 5.749, que passa a considerar situação de pobreza famílias que tenham renda per capita mensal até R\$ 120,00 e extrema pobreza famílias com renda até R\$ 60,00. Em Julho de 2009 o decreto nº 6.917 alterou os valores para R\$ 70,00, no caso das famílias em situação de extrema pobreza, e até R\$ 140,00 para as famílias em situação de pobreza.

Os valores dos benefícios também foram atualizados, no início do programa o benefício básico era de R\$ 50,00 mensais e o benefício variável era de R\$ 15,00 por criança até o limite de três crianças, ou seja, R\$ 45,00. Em meados de 2009 o benefício básico passou para R\$ 68,00 e o variável para R\$ 22,00 atingindo agora o limite de R\$ 66,00.

Em junho de 2008 a Lei nº 11.692 estabelece que jovens de 16 e 17 anos pertencentes a famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza tenham direito ao Benefício Variável Jovem (BVJ) sendo pago até o limite de dois jovens por família. Na época o benefício era de R\$ 30,00 por jovem no limite de R\$ 60,00. Em 2009 esse valor passa a ser de R\$ 33,00 por jovem no limite de R\$ 66,00. O objetivo da ampliação da faixa etária é estimular que os adolescentes das famílias beneficiárias permaneçam na escola.

Tabela 2: Tipos de benefícios concedidos pelo Programa Bolsa Família
(Janeiro de 2010)

	Família com renda de até R\$ 70,00 reais <i>per capita</i>	Família com renda entre R\$ 70,01e R\$ 140,00 <i>per capita</i> e com crianças e adolescentes de 0 a 17 anos
Piso Básico	Benefício fixo de R\$ 68,00	-
Piso variável	Benefício de R\$ 22,00 por criança ou adolescente de até 15 anos – máximo de três benefícios	Benefício de R\$ 22,00 por criança ou adolescente de até 15 anos – máximo de três benefícios
Benefício Variável vinculado ao adolescente	Benefício de R\$ 33,00 por adolescente de 16 e 17 anos – máximo de dois benefícios	Benefício de R\$ 33,00 por adolescente de 16 e 17 anos – máximo de dois benefícios
Valor máximo por família	R\$ 200,00	R\$ 132,00

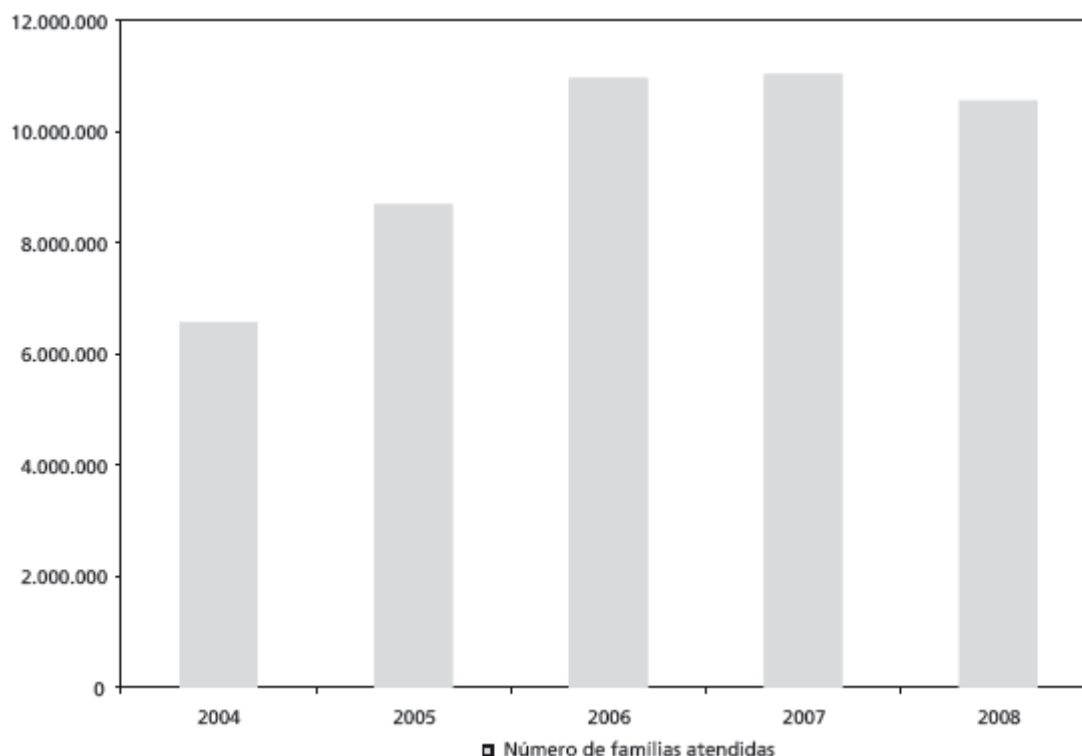
Fonte: http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/o_programa_bolsa_familia/beneficios-e-contrapartidas

A tabela acima mostra os tipos de benefícios concedidos pelo programa bolsa família, que variam de R\$ 22,00 a R\$ 200,00, dependendo a renda familiar *per capita* e da composição familiar (número de crianças e adolescentes até 17 anos).

O gráfico 4 mostra a evolução do número de famílias atendidas de 2004 a 2008. De acordo com IPEA (2009b), de 2004 a 2006 a expansão do programa foi de aproximadamente 4,4 milhões de novas famílias. Em 2008 houve um decréscimo nesse valor, que pode ser

explicado pelo fato do MDS ter cancelado aproximadamente 451 mil benefícios de famílias que não atualizaram suas informações no Cadastro Único (CadÚnico), ou não se encontravam mais dentro do perfil do programa no período de outubro de 2008 até fevereiro de 2009.

Gráfico 4: Número de famílias atendidas no período 2004 – 2008



Fonte: MDS
Elaboração: Disoc/IPEA

Segundo o MDS o desembolso total com o PBF, até novembro de 2009, foi na ordem de R\$ 11,28 bilhões, o que equivale a aproximadamente 0,39% do PIB de 2008, e atendeu a 12,4 milhões de famílias, sendo assim é possível observar que o programa tem um custo baixo, considerando o impacto positivo na redução da pobreza⁷. O repasse médio por família passou a ser R\$ 94,24 em agosto de 2009, e estima-se que em 2010 R\$ 13,11 bilhões serão transferidos de forma direta as famílias brasileiras.

O BPC é um direito, e foi estabelecido pela Constituição Federal. Existe um debate em como transformar o PBF em proteção institucionalmente garantida. O governo federal faz um esforço para que o programa tenha caráter universal, mas para isso é necessária a adesão dos municípios, a identificação da população pobre, e seu devido cadastramento e monitoramento.

Segundo o IPEA (2009b) “entre 1995 e 2005, o gasto federal com Política Nacional de Assistência Social subiu, em valores reais, de R\$1,3 milhões para R\$18,8 milhões, o que representou um crescimento de 13 vezes.” Esses gastos incluem pagamentos com o BPC,

⁷ Essa informação foi tirada o site do Ministério do Desenvolvimento Social, disponível em: http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/menu_superior/informe-pbf/informe-pbf-gestores de dezembro de 2009

RMV, PBF e Peti. O Peti atingia 400 mil crianças e jovens em 1995, e em 2007 esse número tinha se elevado para 900 mil

Ainda segundo o mesmo texto o aumento dos gastos com o PBF está ligado ao crescimento do orçamento disponibilizado na esfera federal ao programa.

3.4 – ALGUMAS POLÍTICAS ADOTADAS NA QUESTÃO NUTRICIONAL

No que diz respeito a segurança alimentar a Constituição Federal só relatou a garantia de alimentação escolar no artigo 208 inciso VII.

Segundo o IPEA (2009b), no início da década de 1990 o governo Fernando Collor, numa tentativa de reduzir os gastos públicos reestruturou os órgão e instrumentos políticos ligados a nutrição e a saúde. Acabou com programas de garantia alimentar a crianças de até 7 anos, e enfraqueceu outros programas de garantia alimentar nas escolas e para os trabalhadores.

Em 1993, já no governo Itamar Franco houve um movimento de ações contra a fome e em defesa da vida, que foi importante para a nova proposta de um conselho voltado para área nutricional. O conselho propôs a criação de um Programa de Distribuição Emergencial de Alimentos (Prodea), que tinha o objetivo de distribuir alimento às populações carentes. O programa tinha participação das esferas estadual, municipal e da sociedade civil. Em 1994 houve a I Conferência Nacional de Segurança Alimentar, que relatou a preocupação com a concentração de renda e de terra, sendo esta uma das principais causas da fome e da miséria no país.

Em 1995, no início do Governo Fernando Henrique Cardoso foi criado o Conselho Comunidade Solidária⁸, no segundo mandato foi implementada um estratégia de combate a pobreza o Desenvolvimento Local Integrado Sustentável (Comunidade Ativa)⁹.

Em 2001, foi criado pela medida provisória nº 2.206 o Programa de Renda Mínima vinculado à saúde – “Bolsa Alimentação”. Esse programa era destinado a “promoção das condições de saúde e nutrição de gestantes, nutrizes e crianças de seis meses a seis anos e onze meses de idade, mediante a complementação da renda para melhoria da alimentação” (Medida provisória nº 2206, art. 2). Cada família recebia mensalmente o valor de R\$ 15,00 a R\$ 45,00 dependendo do número de crianças, gestantes e nutrizes de cada família. O programa estabelecia contrapartida, com participação nas atividades de saúde de caráter

⁸ O Conselho definia uma parceria entre o governo e sociedade. Este selecionava os problemas prioritários, pedia ações urgentes, e trabalhava em conjunto com a sociedade na implementação de experiências que tinham o objetivo de solucionar tais problemas.

⁹ O Programa Comunidade Ativa estimulava as comunidades dos municípios mais pobres a se organizar para combater a pobreza utilizando seus próprios talentos e capacidades.

preventivo como vacinação, pré-natal, acompanhamento do crescimento das crianças, e atividades educativas no âmbito de saúde.

Segundo o IPEA (2009b) o Programa Bolsa Alimentação tinha como meta a diminuição das carências nutricionais de aproximadamente 3,5 milhões de pessoas. O programa foi incorporado pelo PBF em 2003, que fez com que aumentasse o público-alvo e o valor médio dos benefícios concedidos.

Há ainda o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), que desde 2003, tem o objetivo de garantir acesso a alimentos em quantidade e qualidade às populações em situação de insegurança nutricional. Dessa forma promove a inclusão social no campo por meio da agricultura familiar. Segundo o MDS os alimentos adquiridos pelo programa são destinados as pessoas atendidas por programas sociais locais e demais cidadão em situação de risco alimentar. Segundo o IPEA (2009b), o programa investiu até 2008, aproximadamente R\$1,5 bilhões na agricultura familiar, e que aproximadamente 430 mil agricultores foram beneficiados.

Dessa forma pode-se concluir que a Constituição Federal além de estabelecer a Assistência Social como política pública não contributiva, garantindo o direito de acesso a pessoas necessitadas, também estabeleceu uma renda aos idosos e pessoas com deficiência física em situação de vulnerabilidade. Dessa forma pode-se dizer que houve um alargamento dos direitos sociais e da proteção pública no país, e um aumento no compromisso do Estado com o combate a pobreza, e com a redução das desigualdades.

4 – SAÚDE

4.1 – A LEGISLAÇÃO DA SAÚDE

Antes da CF/88 já havia uma integração entre as políticas de Assistência e Previdência Social, mas a introdução da saúde nesse grupo era uma idéia nova. O que o movimento sanitarista buscava era uma maior autonomia das políticas públicas de saúde, e também um orçamento específico vinculado a um percentual do orçamento da união.

Nas duas décadas que se seguiram a Constituição de 1988 houve dificuldades de financiamento e uma resistência política e cultural no processo de implementação do sistema público de saúde, com acesso universal. Um processo de descentralização aumentou a participação das esferas do governo no financiamento do sistema. Isso ajuda a reduzir as desigualdades entre as regiões, porém os esforços empreendidos não foram suficientes para eliminar as desigualdades.

A idéia do utilitarismo¹⁰ pressupõe que para que haja intervenção governamental, esta deve estar voltada para proporcionar a maximização do bem-estar para o maior número possível de pessoas. A Organização Mundial de Saúde¹¹, em 1946, definiu que “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade.”

A Constituição Federal de 1988 em seu artigo 194 estabelece que a Saúde faz parte da Seguridade Social, junto com a Previdência e a Assistência Social. No artigo 196 é estabelecido que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Constituição Federal, 1988)

No artigo 198 fica estabelecido que as ações e serviços públicos, na área da saúde, fazem parte de uma rede hierarquizada que constitui um sistema único. Este deve ser descentralizado, com direção única em cada esfera do governo. Deve ter um atendimento integral, com prioridade na prevenção; e deve ainda ter participação da comunidade. No § 1º do mesmo artigo fica definido que o financiamento será feito com recursos do orçamento da Seguridade Social, como definido no artigo 195, e com recursos da União, dos estados, e dos municípios além de outras fontes.

A constituição estabelece ainda no artigo 199 que “a assistência a saúde é livre à iniciativa privada”. As instituições privadas podem participar do sistema único de saúde de maneira complementar, mediante contrato de direito público ou convênio.

Segundo o IPEA (2009b), o artigo 196 da CF/88 “incorporou uma compreensão específica da determinação social da saúde mediante a indicação de que as políticas sociais e econômicas devem concorrer para a redução do risco de doença e de outros agravos.” (IPEA, 2009b) Assim, a visão de saúde fica ligada a idéia de risco e não a idéia de bem-estar como propõem os utilitaristas.

Em setembro de 1990 foi aprovada a lei nº 8.080 – Lei Orgânica da Saúde, que reitera a constituição quanto a saúde ser um direito fundamental do ser humano, e que cabe ao Estado garantir seu pleno exercício. O artigo 2º desta lei afirma que “o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.” Muitas das políticas adotadas nos anos que se seguiram a lei estabeleciam responsabilidades das pessoas e famílias em conjunto com ações de promoção da saúde.

¹⁰“o utilitarismo liberal inglês se constituiu no ponto de referencia central para a discussão dos objetivos de uma ação pública em prol da saúde da população”. Para maiores explicações ver IPEA 2009b p. 99

¹¹ Disponível em: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

A Lei Orgânica no artigo 7 incisos I e II define como princípios “a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”, e “a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” respectivamente.

A idéia da universalização no acesso foi aceita e absorvida pela sociedade, mas a integralidade de atenção, embora prevista na constituição, não foi atingida. Segundo o IPEA (2009b):

A universalidade do direito à saúde e a garantia de integralidade de atenção são princípios que expressam a solidariedade social e o compromisso da sociedade com o respeito ao atendimento das necessidades de saúde, independentemente de condições pessoais, econômicas e sociais. (IPEA, 2009 b, p. 112)

A concretização do Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta algumas dificuldades, que vão desde o enfrentamento de interesses econômicos, até a superação de “conflitos” entre as esferas do governo no que diz respeito ao compartilhamento de poder. Um dos primeiros desafios do SUS foi quanto a organização descentralizada, que vem se consolidando gradualmente através de ajustes nas responsabilidades das três esferas do governo. Outro problema foi que na fase inicial não houve muito investimento no sistema, o que o tornou dependente da rede privada para hospitalização e oferta de diagnósticos.

Segundo o IPEA (2009b) a partir da Norma Operacional Básica de 1993¹², houve “um fortalecimento da relação direta entre os níveis federal e municipal, que marcou o avanço da municipalização”. (IPEA, 2009 b, p. 115). Ainda segundo o mesmo texto, a NOB/1993 definiu as transferências intergovernamentais em caráter automático, criando a transferência fundo a fundo, havendo assim o repasse entre as esferas sem a necessidade de convenio. Também criou, níveis de gestão estadual e municipal com responsabilidades financeiras e administrativas distintas.

Em 1996 editam-se novas normas, a NOB / 1996, que tinha como objetivo: incluir novas áreas, além da assistência médico-hospital, para repasse automático de recursos, entre outros.

A descentralização proposta pela NOB / 1996 teve alguns problemas, em especial no que se refere a expansão dos sistemas municipais sem articulação regional, o que leva a ineficiência. O Trabalho IPEA (2009b) cita alguns autores que fizeram pesquisas sobre a eficiência das unidades de saúde, e chegam a alguns resultados aquém do esperado. Os hospitais vinculados ao SUS devem ter no mínimo 200 leitos, porém apenas 7% dos hospitais

¹² Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/conselhos_de_saude/cib/portarias_temas/PORTARIA%20545-20-05-03-NOB-93.pdf

vinculados ao SUS estavam dentro dessa regra, 58,2% dos hospitais vinculados tinham menos de 50 leitos. Ainda é colocada a questão da ineficiência, ele dá um exemplo da região de Baturité - Ceará - que é composta de 8 municípios, e oito hospitais, cada um operando com em média 22% da capacidade. Além de terem equipamentos em número superior ao que se considera desejável, o que gera perda em escala, e ineficiência. E conclui com a informação de que a taxa de ocupação média dos hospitais vinculados ao SUS é de 28,8%, e que só os hospitais com mais de 250 leitos chegam a ter uma ocupação de 76%.

Nos anos de 2001 e 2002 foram criadas novas regras, as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (Noas), que tinham por objetivo a melhoria das condições de acesso aos serviços assistenciais, e definiu de forma mais objetiva as estruturas para regulação do acesso a esses serviços. Uma importante inovação trazida pela Loas foi a necessidade de montar um Plano de Desenvolvimento regional, que deveria ser coordenado pelo gestor estadual e deveria contar com a colaboração dos gestores municipais.

4.2 – PROGRAMAS DE SAÚDE E O SUS

O Programa Saúde na Família (PSF) que existia desde 1980 com experiências locais passou a ter caráter nacional de 1996. O Programa opera por meio de equipes, cada equipe acompanha cerca de mil famílias em uma determinada área. O número de equipes tem aumentado bastante nos últimos anos. Em 1998 havia 3.062 equipes que atendiam a 6,6% da população, já em 2008 o número de equipes chegou a 28.669 e cobria 48,6% da população. As responsabilidades dessas equipes e os serviços que oferecem a população foram aumentados. O IPEA (2009b) desperta um problema com a alta rotatividade dos agentes de saúde nas Equipes de Saúde da Família (ESF):

Observa-se uma alta rotatividade dos profissionais de saúde no PSF, o que compromete a proposta do programa, particularmente do atendimento longitudinal, isto é, o acompanhamento de uma família ao longo do tempo permitindo conhecido mais amplo sobre a saúde de seus membros e suas condições de vida. (IPEA, 2009b, p. 124)

No âmbito nacional o Ministério da Saúde criou em 2003 o programa Brasil Sorridente, que tem o objetivo de expandir a atenção a saúde bucal. Em 2008, 17.124 Equipes de Saúde Bucal cobriam 44% da população.

O SUS possui procedimentos de alta complexidade, que são aqueles que envolvem alta tecnologia e alto custo, como as políticas de assistência cardiovascular; assistência ao portador de doença renal crônica; assistência em traumatologia-ortopedia; assistência ao paciente oncológico; assistência a pacientes com queimaduras; assistência a obesos; as pessoas com problemas auditivos; assistência em reprodução assistida; e política nacional de transplante.

O Sistema Nacional de Transplante, criado em 1997 é o responsável pelos transplantes de órgãos e tecidos. O sistema capta e distribui os tecidos e órgãos para fins terapêuticos. O

SUS tem uma fila única de transplante para cada órgão ou tecido, ou seja, os pacientes da rede pública e da rede privada devem estar inscritos na lista de espera do sistema Nacional de Transplante (cadastro técnico), que utiliza critérios técnicos, geográficos e de urgência.

No Brasil a maior parte dos transplantes é financiada pelo SUS. Segundo o IPEA (2009b) em 2005 foram realizados 15.527 transplantes de órgãos e tecidos, sendo que 71,4% desses foram pagos pelo SUS. É necessário que haja uma integração entre todas as etapas, desde a captação do órgão ou tecido, seu transporte até o local onde ocorrerá a cirurgia, e os procedimentos cirúrgicos.

Um dos grandes desafios de SUS está relacionado com os medicamentos. Foram criadas políticas de medicamentos em 2002 e políticas de assistência farmacêutica em 2004. Através da ANVISA, foram adotadas medidas de regulação de medicamentos genéricos e ainda a expansão dos laboratórios públicos fabricante de medicamentos. Foram criados ainda instrumentos para financiar pesquisa e desenvolvimento tecnológico. Os programas de imunização disponibilizam a quantidade de vacina necessária para que as campanhas nacionais atinjam suas metas.

Em 2004 foram criadas as Farmácias Populares, que subsidiam a aquisição de medicamentos genéricos, a maioria produzida em laboratórios oficiais, disponibilizado em farmácias credenciadas. Alguns remédios como os de hipertensão, diabetes e contraceptivos tem até 90% de seu custo subsidiado.

4.3 – ALGUNS RESULTADOS DAS POLÍTICAS DE SAÚDE

Segundo o IPEA (2009b) o Programa Saúde na Família atingia, em 2008, a 49% da população e o Programa Brasil Sorridente cobria, também em 2008, a 44% da população, o que representa uma expansão na atenção básica.

Na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS), realizada em 2006, constatou-se que 99% das mulheres brasileiras tiveram acesso ao pré-natal, enquanto na mesma pesquisa realizada em 1996, esse número era de 86%. Das mulheres que vivem no meio rural esse percentual passou de 68% em 1996 para 96% em 2006. Nas áreas urbanas, as gestantes que nunca tinham realizado um exame pré-natal em 1996 correspondiam a 8,6%, esse valor cai para 0,8% em 2006. O número de partos realizados em hospitais também subiu de 78% em 1996 para 96% em 2006. Esses valores mostram que os programas de saúde vêm sendo ampliados e passam atingir um número maior de pessoas, que antes não tinham acesso a hospitais e médicos, e passaram a ter acesso e a usufruírem desses serviços.

O sistema público evoluiu consideravelmente nos últimos 20 anos. Pela tabela 3 é possível verificar que a oferta de serviços públicos na saúde era maior nas regiões sul e

sudeste em 1987, ou seja, antes da constituição de 1988. E que a partir daí passa-se a ter uma melhor distribuição na oferta de serviços entre as regiões.

Tabela 3: Concentração de consultas e hospitalizações pelo sistema público – Brasil, 1987, 1995, 2000 e 2005

Região	Hospitalizações SUS (egressos)				Consultas			
	Por 100 habitantes				Por habitante			
	1987 ¹	1995	2000	2005	1987 ¹	1995	2000	2005
Brasil	8,1	8,1	7	6,2	1,67	2,2	2,3	2,5
Norte	5,5	6,8	7,2	6,6	0,88	1,3	1,5	2
Nordeste	6,2	8,2	7,6	6,4	1,09	1,9	2,1	2,2
Sudeste	8,8	7,2	6,2	5,6	2,21	2,6	2,7	2,9
Sul	10,9	8,2	7,9	6,8	1,76	2,1	2,2	2,3
Centro-Oeste	8,1	7,06	7,71	7,22	1,23	2,25	2,08	2,42

Fonte: Banco Mundial (1995) e Ripsa (2008a)

Elaboração: IPEA 2009b

Nota: ¹ Produção de hospitalizações e consultas por unidades próprias, contratadas e conveniadas com o INAMPS.

Ainda segundo dados do IPEA (2009b), o número de transplantes aumentou em cerca de 63% no período de 2001 a 2007. As políticas implementadas na área de medicamentos também tem trazido bons resultados. Em 2003, 87% das pessoas conseguiram obter os medicamentos prescritos pelo médico, gratuitamente, ou conseguiram comprar. O vírus HIV é motivo de grande preocupação pela sociedade, e o governo gasta anualmente só com essa doença mais de R\$ 600 milhões em medicamentos para mais de 190 mil pessoas.

A PNDS também mostra uma considerável queda na mortalidade infantil, de 1996 para 2006 essa queda foi de 44%. Essa melhoria pode ser atribuída ao maior número de gestantes que fazem o pré-natal, ao maior número de partos feitos com assistência médica e ao aumento no número de mães que procuram auxílio médico para o tratamento de doenças.

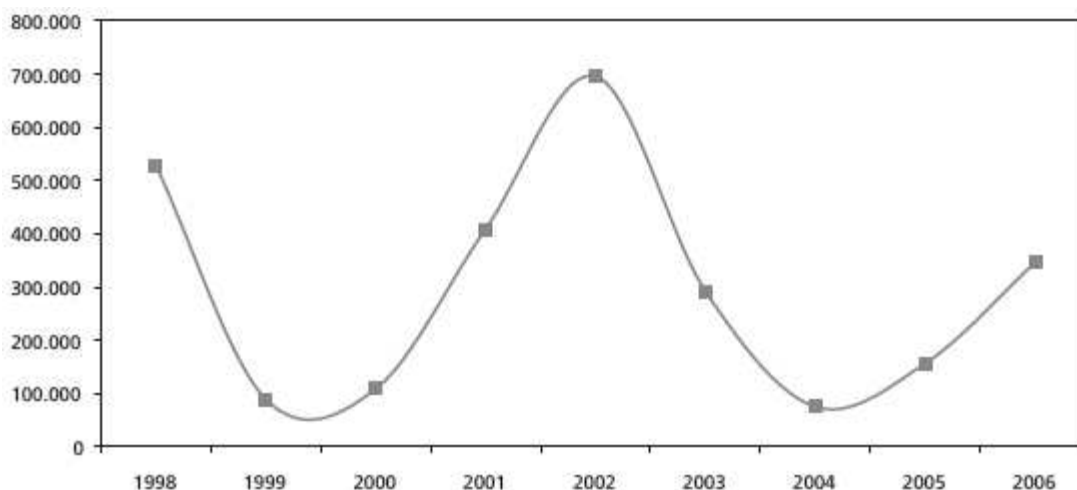
A taxa de mortalidade infantil embora tenha reduzido de 53,7 por mil em 1990 para 22 por mil em 2006 ainda está muito aquém dos países desenvolvidos e de alguns países da América Latina e do Caribe, como Cuba, Chile e Costa Rica, que tem a taxa inferior a 10 por mil.

Algumas doenças transmissíveis foram erradicadas, como é o caso da varíola, em 1978, e a poliomielite, em 1994. Mas a vigilância epidemiológica continua com campanhas de vacinação para evitar risco de retrocesso, uma possibilidade real, pois em outros países a doença não foi erradicada ainda. Outras doenças que atingem muitas crianças, como o sarampo, também vêm sendo controladas, em 1997 houve um surto de sarampo que atingiu o

número de 53.664 casos, mas esse número vem se reduzindo consideravelmente, e agora o país caminha para erradicar também essa doença.

Existem alguns tipos de doenças transmissíveis, como a dengue, que mantém certa irregularidade no número de casos no decorrer dos anos. Depois de muitos anos sem a doença, a dengue, transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti* ressurgiu em 1982. A doença atinge quase todos os estados, em especial os quentes e úmidos, que favorecem a proliferação do mosquito. Para evitar a proliferação do mosquito são necessárias não só medidas do poder público, como também da colaboração da população. Porém como exige mudanças comportamentais nem sempre essa colaboração acontece. Segundo IPEA (2009b) em 2008, 64% dos casos foram registrados no estado do Rio de Janeiro, o que caracteriza uma concentração da doença. O gráfico abaixo mostra a evolução dessa doença de 1998 a 2006. Vale ressaltar a queda considerável de 1998 para 1999 e posteriormente novo surto de dengue em 2002.

Gráfico 5: Número de casos novos de dengue – Brasil, 1998 – 2006

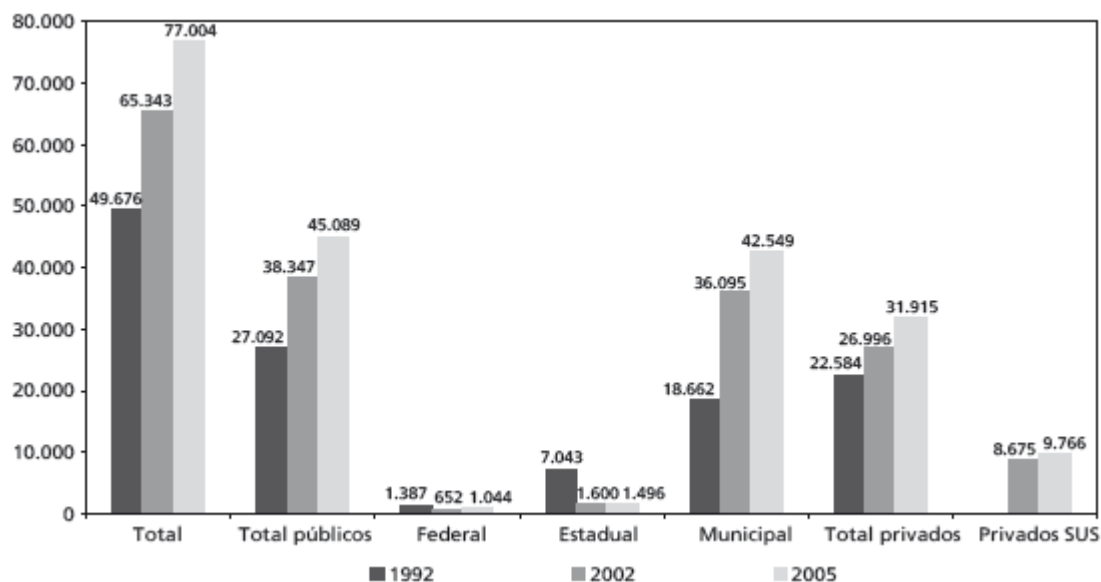


Fonte: Ripsa (2008b)
Elaboração: Disoc/IPEA

Outra doença que também vem sendo fortemente combatida é a AIDS / HIV. A doença vem crescendo em especial entre mulheres e homossexuais. A estratégia de controle está pautada em uma política de informação e prevenção desenvolvida pelo Programa Nacional DST/AIDS, que direciona os grupos de risco e promove campanhas de prevenção pela mídia e por ONGs, também distribui preservativo, e seringas para os usuários de drogas injetáveis. A mortalidade vem caindo desde 1996, quando foi implementada a política de acesso ao tratamento antirretroviral. Em 1996 morreram 9,73 por mil habitantes. Em 2005 esse valor foi de 6,03 por mil habitantes. Para enfrentar a doença o Brasil combinou medidas de caráter educativo e distribuição gratuita de antirretrovirais, essas estratégias de enfrentamento da doença trouxeram reconhecimento internacional para o país.

Quanto aos estabelecimentos de saúde, o número passou de 29 mil em 1985 para 77 mil em 2005 segundo informação do IPEA (2009b). O que mostra uma forte ampliação nos serviços de saúde e promove um maior acesso a saúde pela população. O gráfico 6 mostra que o número de estabelecimentos aumentou consideravelmente de 1992 a 2005.

Gráfico 6: Estabelecimento de saúde por esfera administrativa – Brasil, 1992, 2002 e 2005



Fonte: IBGE (2005)
Elaboração: Disoc/IPEA

Observando o gráfico é possível verificar que grande parte dos estabelecimentos públicos pertence à esfera municipal, e esse número supera o número de estabelecimentos privados. Porém na área de diagnose e terapia o SUS depende da provisão privada, em especial para equipamentos de imagens, como mamógrafos, tomógrafos e aparelhos de ressonância magnética.

Tabela 4: Equipamentos de diagnóstico por imagem existente em estabelecimentos de saúde – 1999 e 2005

Esfera administrativa	1999	%	2005	%
Pública	9.880	23	12.904	26
Privada	32.569	77	37.083	74
Total	42.449	100	49.987	100
Equipamentos disponíveis ao SUS	22.152	52	22.111	44,2

Fonte: Pesquisa de assistência médica sanitária (MAS)/ IBGE 1999 e 2005

A tabela 4 mostra que na rede privada de saúde encontram-se a maioria dos equipamentos de diagnóstico, e que o percentual de equipamentos disponível para o SUS, reduziu de 52% em 1999 para 44,2% em 2005. O fato de esses equipamentos pertencerem, em sua maioria, ao setor privado compromete a descentralização do sistema, pois os serviços

privados tendem a se localizar em áreas urbanas, onde há concentração demográfica, e a renda é mais elevada. Dessa forma a população rural fica sem acesso aos exames mais sofisticados que dependem desses equipamentos.

Um grande problema do sistema público de saúde é a falta de recursos financeiros que acaba inviabilizando os investimentos. No ano 2000 foi aprovada a Emenda Constitucional nº 29, que vinculou recursos das três esferas de governo a saúde. A união deveria no ano de 2000, aplicar em saúde, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde do ano de 1999 acrescido em 5%, e de 2001 a 2004 deveria aplicar o valor apurado no ano anterior corrigido pela variação anual do PIB. Os Estados e o Distrito Federal devem destinar para a saúde, 12% das receitas próprias para financiamento da saúde, (a que na CF/88 o artigo 155 se refere, e do artigo 159, Inciso I alínea a e inciso II), deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos municípios. Os municípios e o Distrito Federal devem destinar 15% do produto de arrecadação dos impostos (a que na CF/88 se refere o artigo 156 e dos artigos 158 e 159 inciso I alínea b e § 3º). A partir daí passou-se a ter um maior volume de recursos para o sistema.

Segundo dados do IPEA (2009b), considerando as três esferas de governo o gasto público de saúde foi de R\$ 34 bilhões em 2000, que equivale a R\$ 54 bilhões em valores de dezembro de 2006, que representa 2,9% do PIB. Em 2006 esse valor foi de R\$ 84 bilhões que representa 3,5% do PIB. O gasto federal corresponde a 48% do gasto público total, o gasto estadual a 24% do total e o municipal a 28% do gasto público total.

Ainda segundo o mesmo texto do IPEA esses valores de gasto das três esferas do governo no sistema de saúde, correspondem a 44,1% do gasto total com saúde no ano de 2006. Esse percentual é próximo ao dos Estados Unidos, porém lá o sistema público de saúde se destina a apenas uma pequena parcela da população.

De acordo com o IPEA (2009b) “Em países com sistemas universais, em 2005, o gasto público correspondia sempre a percentuais muito superiores do gasto total: Canadá (70,3%), Itália (76,6%), Reino Unido (87,1%), França (79,9%) e Portugal (72,3%).” (IPEA, 2009b, p. 150)

O texto do IPEA (2009b) ainda relata estimativas da OMS. O gasto público *per capita*, segundo essa estimativa, no Brasil, em 2005, era de US\$ 333,00. Enquanto na Argentina esse gasto foi de US\$ 672,00; em Portugal foi de US\$ 1.472,00; na Inglaterra US\$2.261,00; no Canadá US\$ 2.402,00 e nos Estados Unidos US\$2.862,00. Por esses valores é possível ver que o gasto público *per capita* no Brasil é bem inferior ao gasto em outros países.

Nas palavras de IPEA (2009b):

O subfinanciamento restringe a capacidade de financiamento do sistema público, sua capacidade de oferta e organização de uma rede resolutiva. Isto resulta em ônus para as

famílias, que precisam destinar parte importante do orçamento familiar a despesas com saúde. O gasto familiar com assistência à saúde consome, em média, 5,3% da renda das famílias. Entre os mais pobres, chega a consumir 7,1% da renda, enquanto consome 4,5% da renda dos mais ricos. (IPEA, 2009b, p.151)

4.4 – ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

O financiamento do SUS, em proporção do PIB é muito baixo diante das metas e necessidades do sistema. Essa falta de financiamento faz com que o sistema não consiga ofertar atendimento integral e de boa qualidade a toda a população. O SUS é uma política de inclusão. Em duas décadas já incorporou dezenas de milhões de pessoas ao sistema público de saúde, o que gerou importantes reduções nas desigualdades de acesso.

O SUS representa uma mudança no padrão de saúde vigente até os anos 1980, quando a assistência médico-hospitalar era ofertada aos trabalhadores do mercado formal. A partir dele a população passa a ter acesso universal e atenção integral a saúde. Uma mudança muito importante foi quanto ao acesso a medicamentos de alto custo, transplantes e cuidados odontológicos, que antes eram privilégio de uma pequena parcela da população, passam agora a estar disponíveis pelo sistema público de saúde.

É necessário, entretanto, tornar a gestão do SUS mais eficiente e profissional e simultaneamente assegurar os recursos mínimos para que haja o acesso universal, atendimento integral, igualitário de boa qualidade. Muito já se avançou no campo da saúde, mas ainda há muito para ser realizado.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em 1991 foi criado o RGPS que era voltado para o setor privado, e todos os trabalhadores que não pertencessem ao Regime Próprio de Previdência Social, deveriam ser segurados obrigatórios da previdência social.

O artigo 201 da CF/88 define a Previdência Social com caráter contributivo, dessa forma só atinge as pessoas que contribuem para o sistema, ou seja, não inclui todas as pessoas. Uma importante mudança na CF/88 foi a introdução da previdência rural, por tempo de serviço e não por tempo de contribuição, gerando assim uma diferença entre o regime no âmbito urbano e rural.

O mercado de trabalho brasileiro é marcado pela informalidade. Com o objetivo de reduzir a informalidade desse mercado foram criadas, a partir de 1996, programas que reduzem os tributos, afim de que os pequenos e micro empreendedores se formalizem. Essas medidas são boas para os trabalhadores, pois incluem os trabalhadores dessas pequenas e micro empresas no sistema previdenciário. A maioria dos trabalhadores que não contribuem

para a previdência são os informais e não os desempregados, por isso esses programas de incentivo a formalidade se tornam muito importantes

O artigo 203 da CF/88 estabelece que a Assistência Social deva ser prestada a todos que necessitarem, independente de sua contribuição para a seguridade social. A LOAS foi aprovada em 1993 e reafirma a descentralização político administrativa da Seguridade Social e as responsabilidades das três esferas do governo. As ofertas de serviços assistenciais podem ser feitas em parceria com entidades privadas.

Só a partir de 2004, com a aprovação da PNAS, o país passa a ter um novo modelo de Assistência Social. A PNAS apresenta dois tipos de políticas de atendimento, a PSB e a PSE. A primeira busca prevenir a população mais vulnerável das situações consideradas de risco. A PSE auxilia os indivíduos vítimas de abandono, maus-tratos, abuso sexual e trabalho infantil através de apoio sociofamiliar.

O BPC foi instituído pela CF/88, sendo estabelecido um benefício no valor de um salário mínimo as pessoas com deficiência física e aos idosos que não possuem meios de prover sua subsistência ao tê-la provida por sua família. Esse benefício foi regulamentado pela Loas em 1993. O Estatuto do Idoso estabeleceu, em 2003, que o benefício concedido pelo governo a uma pessoa não seria computado para fins de cálculo da renda familiar. Assim foi possível que mais de uma pessoa da mesma família receba diferentes tipos de benefícios do governo. O BPC passou a atingir um número maior de pessoas com o passar dos anos e o aprimoramento do programa. No final de 2006 o programa atingia 346 mil beneficiários, em 2008 esse valor salta para 2,934 milhões de beneficiários, incluindo idosos e pessoas com deficiência física.

Em 2001 foi criado o PNBE, que transferia renda para crianças de 6 a 15 anos que frequentassem a escola e tivessem renda familiar *per capita* de até R\$ 90,00 mensais. Também foram criados os programas: Bolsa Alimentação e Auxílio-Gás que integravam o PNBE. Esses programas eram geridos por órgãos diferentes, o que dificultava a coordenação. Dessa forma enquanto algumas famílias recebiam mais de um benefício, outras famílias em igual situação não recebiam nenhum. Em 2003, foi criado o Programa Bolsa Família (PBF), que unificava os programas já existentes, facilitando dessa forma a coordenação do programa. Segundo o IPEA (2009b) no ano de 2009 até o mês de novembro os gastos do governo no PBF foram da ordem de R\$11,28 bilhões, o que equivale a aproximadamente 0,39% do PIB.

Na CF/88 a segurança alimentar só é garantida no âmbito escolar. Em 1993 houve um movimento contra a fome e foi criado o Prodea, a fim de distribuir alimentos para pessoas carentes. Em 2001 foi criado o Bolsa alimentação, destinado a saúde de gestantes, nutrízes, e

crianças de até seis anos e onze meses. Em 2003, este foi incorporado pelo PBF o que levou a um aumento do público alvo e ao aumento do valor do benefício.

A CF/88 define que a Saúde faz parte da Seguridade Social, junto com a Previdência e a Assistência Social. E estabelece que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado, que deve haver um sistema de saúde que seja único e descentralizado. Com participação das três esferas do governo, e da comunidade. O financiamento da saúde é feito pelo Orçamento da Seguridade Social, tal como descrito no artigo 195 da Constituição.

A Lei Orgânica da Saúde foi aprovada em 1990, essa reitera o que já tinha sido definido pela constituição, e ressalta que embora a saúde seja um dever do Estado, isso não exclui as responsabilidades das famílias, das empresas e da sociedade.

A concretização do SUS enfrenta certas dificuldades, que vão desde enfrentamento de interesses econômicos até a superação de conflitos entre as esferas do governo no que diz respeito ao compartilhamento de poder.

O PSF opera por meio de equipes, cada equipe acompanha cerca de mil famílias em uma determinada área, essas equipes fazem o acompanhamento das famílias. Mas a alta rotatividade dos agentes prejudica o trabalho, pois dificulta o acompanhamento em longo prazo das famílias.

O SUS oferece o Sistema de transplantes desde 1997. Este possui uma fila única para pacientes das redes pública e privada. Para decidir onde e em quem será feito o transplante, são utilizados critérios técnicos, geográficos e de urgência. Para isso é necessário que haja uma integração entre as etapas de captar o órgão, transportá-lo e realizar o procedimento de transplante.

A PNDS realizada em 2006 mostra que o número de mulheres que faz exame pré-natal vem crescendo, chegando a 99% das mulheres em 2006. Isso significa que está tendo um aumento nos programas de saúde, e que pessoas que antes não tinham acesso a médicos e hospitais já podem usufruir desse serviço. A pesquisa também mostra uma queda na mortalidade infantil. Que pode ser explicada pelo aumento de mulheres que buscam um tratamento pré-natal, como pelo o aumento de números de partos feitos com auxílio de médicos e de mães que buscam auxílio médico para tratamento de doença nas crianças. Embora a mortalidade infantil tenha reduzido, ainda está muito aquém dos países desenvolvidos.

No Brasil algumas doenças já foram erradicadas, mas a vigilância epidemiológica continua com campanhas de vacinação a fim de evitar o retrocesso da doença, como, por exemplo, a dengue, que ficou muito tempo sem apresentar casos até que ressurgiu em 1982. Para combater essa doença, em especial, é necessário o apoio da sociedade, a fim de evitar a

proliferação do mosquito. Porém isso implica mudança de comportamento da sociedade, o que não é algo simples de se conseguir.

O Brasil conseguiu reconhecimento internacional no seu combate a AIDS/HIV. A estratégia utilizada pelo governo é a informação e a prevenção, há ainda distribuição de preservativos e seringas descartáveis. Em 1996 foi implementada uma política de acesso ao antirretroviral.

Assim, se faz necessário observar que o sistema público de saúde avançou bastante, mas ainda há muito que ser feito para se atingir um acesso universal e de qualidade.

CAPITULO III – GASTO SOCIAL NAS DUAS ÚLTIMAS DÉCADAS NO BRASIL.

1 – APRESENTAÇÃO

No Brasil o Estado tem utilizado políticas de gasto público social nas diversas áreas sociais a fim de promover políticas de proteção social. Essas políticas são financiadas por recursos provenientes de tributos, em especial contribuições sociais de Seguridade Social. Os estados e municípios ampliaram seu poder de arrecadação pós – CF/88, o que permitiu que esses tivessem mais participação no financiamento de políticas sociais.

Esse capítulo se divide em cinco partes incluindo essa breve apresentação. A segunda parte faz uma breve explicação sobre as necessidades de intervenção do Estado, a fim de promover políticas de proteção social. A terceira parte apresenta uma breve discussão sobre o conceito distribuição de renda, a quarta apresenta alguns dados sobre os gastos públicos sociais no Brasil, e por último algumas considerações finais.

2- A NECESSIDADE DA INTERVENÇÃO ESTATAL NA QUESTÃO SOCIAL: UMA BREVE EXPLICAÇÃO

O crescimento econômico continuado tem efeitos positivos na redução da pobreza absoluta, mas não no que se refere a distribuição de renda. Segundo Medeiros (2002) as políticas de distribuição de renda devem ser implementadas a fim de ampliar os efeitos positivos do crescimento econômico sobre a redução da pobreza.

A pobreza é considerada um problema, pois pode representar uma ameaça a ordem e a integração social e também um peso ao crescimento econômico. Pois, em uma sociedade onde a maioria da população se encontra em situação de pobreza, pode haver insuficiência de demanda agregada, o que leva a desestímulo de produção, e assim reduz o crescimento econômico. Por isso muitos países passaram a adotar medidas de atenção aos pobres, não necessariamente voltada para superação da pobreza, mas como medida de assistencialismo.

Os debates sobre a necessidade de intervenção do Estado na Economia surgiram após a publicação dos trabalhos de John Maynard Keynes nas décadas de 1920, 1930 e 1940. Foi proposto, a partir de então, que iniciativas públicas universalizantes fossem adotadas a fim de tornar a vida particular mais segura, ou seja, que fosse promovido um acesso regular a renda, em especial um acesso regular ao salário. O objetivo principal era estimular a demanda agregada por meio dessa estabilidade econômica. Tinha-se como base a idéia de que o cidadão tem direito ao trabalho, e o Estado tem o dever de promover o acesso a esse trabalho.

Segundo Sicsú (2007), Keynes avalia que o Estado é capaz de arbitrar a concorrência e controlar as variáveis econômicas mais relevantes, como o desemprego e a distribuição de renda e riqueza. Nas palavras de Sicsú:

A utopia de Keynes era construir uma sociedade com uma economia de pleno emprego, com uma justa distribuição de renda, riqueza e oportunidades; e onde os indivíduos se desinteressariam por ambições meramente individualistas – bastava que fossem educados ou acostumados com valores sociais (honestidade, solidariedade etc.). (Sicsú, 2007, p.279)

Na visão keynesiana, deve haver um Estado forte que permita que o governo tenha políticas de geração de emprego e de estabilização macroeconômica. O Estado deve ainda possuir um sistema tributário que seja progressivo¹³ a fim de reduzir as desigualdades de renda e de riqueza.

Para que haja gastos com a área social é necessário que haja também um financiamento. Segundo Matijascic (2007) os recursos podem ter fontes contributivas, como é o caso da previdência, que o valor da contribuição incide sobre o salário e o benefício é proporcional a esse valor pago. Ou podem ter fontes redistributivas, como é o caso de saúde e assistência, que são baseados em impostos arrecadados pelo Estado, e não há relação entre os valores pagos e os serviços recebidos.

Para que se tenha uma política de distribuição de renda duradoura é necessário que haja uma política de produção e emprego condizente com o bem-estar. Por exemplo, uma redução no preço de um bem de consumo básico, não eleva os salários nominais, mas aumenta o poder de compra dos indivíduos o que melhora a distribuição do consumo e reduz a pobreza¹⁴. Dessa forma a distribuição de renda é algo muito mais amplo que as políticas de focalização na pobreza. Para distribuir renda é necessário um conjunto de políticas, em toda a economia, que visem esse objetivo.

Na visão de Giambiagi (2007), o governo é uma entidade que arrecada impostos de parte da população e transfere os recursos para outra parte da população. Se este não assumir essa função, outras entidades também não o vão fazer, ou se fizerem pode ser de modo parcial ou insatisfatório. Por isso, cabe ao Estado oferecer bens públicos tais como: saúde, educação, defesa nacional, policiamento, justiça e assistencialismo.

Mesmo que uma parcela da população opte por fazer uso de serviços particulares como, por exemplo, saúde e educação, é dever do Estado colocar tais serviços a disposição da população. Nas palavras de Giambiagi (2007) “bons níveis de educação e saúde da sociedade

¹³ O imposto progressivo é aquele que tem alíquotas que aumentam de acordo com o nível de renda do contribuinte. Já os impostos regressivos a relação é inversa, ou seja, prejudica os contribuintes com menor poder aquisitivo. Os tributos diretos incidem sobre a renda e o patrimônio, já os indiretos incidem sobre a produção e o consumo de bens e serviços, dessa forma os impostos podem ser transferidos para terceiros. Os tributos indiretos são regressivos.

¹⁴ Medeiros, 2002

geram externalidades positivas, no sentido de gerar uma população mais preparada para contribuir para o desenvolvimento do país” (Giambiagi, p.45)

Ainda segundo o mesmo autor, quando a renda da população se eleva as pessoas tendem a ter um maior grau de escolaridade e com isso conseguem promover maiores pressões sobre a oferta de serviços públicos melhores, pois passam a ter maior consciência de seus direitos.

No Brasil o senso comum afirma que a carga tributária é muito alta. Sicsú (2007) propõe que a questão fundamental não é o quanto se paga de tributos, mas quem paga esses tributos. Ele afirma que o Estado brasileiro é financiado principalmente por trabalhadores assalariados, especialmente os de menor poder aquisitivo, e que o sistema financeiro, que tem lucros muito altos, paga em torno de um quinto dos impostos que os trabalhadores brasileiros pagam.

Segundo Lavinias (2007)

O Estado brasileiro é financiado pelos trabalhadores assalariados e pelas classes de menor poder aquisitivo, que são responsáveis por 61% das receitas arrecadadas pela união. A população indireta suporta uma elevada tributação indireta, pois mais da metade da arrecadação tributária do país advém de impostos cobrados sobre o consumo. (Lavinias, 2007, p.4)

3 – ALGUMAS VISÕES SOBRE A DISTRIBUIÇÃO DE RENDA

O índice de Gini é muito utilizado para medir a desigualdade, pois ele é utilizado no Brasil e em muitos outros países. No Brasil o índice de Gini é calculado com base nos resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad). Teoricamente a Pnad mede a renda bruta, mas segundo Soares (2008) há evidências de que, na prática, as pessoas informam a renda líquida nas entrevistas. O autor ainda ressalta que a pesquisa não contabiliza impostos diretos e indiretos.

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) permitiria contabilizar todas as omissões da Pnad, porém a única POF de abrangência nacional é a de 2003, enquanto a Pnad cobre todo o território nacional de 1974 a 2006¹⁵. Dessa forma a Pnad é a única fonte que o Brasil tem de para verificar distribuição de renda em serie histórica.

Segundo Soares (2008) entre 2001 e 2006 houve uma redução de 3,45 pontos no coeficiente de Gini (x100) brasileiro, que significa 0,7 pontos por ano no período, que equivale a uma redução de 5,8% na desigualdade durante esses anos. Na Inglaterra¹⁶ a maior queda no índice de Gini foi de 0,5 pontos/ano, no período de 1938 a 1954, enquanto nos EUA a maior queda foi de 0,6 pontos/ano no período de 1929 a 1944. Sendo assim, os dados mostram que o ritmo de redução de coeficiente de Gini de 0,7 pontos/ano é adequado se

¹⁵ Para mais explicações ver Soares (2008)

¹⁶ Em Soares (2008) há uma apresentação sobre esses valores.

comparado com o ritmo histórico dos países que hoje contam com bons sistemas de bem estar social. Porém distribuir renda leva tempo, e será necessário manter esse ritmo de redução por mais duas ou três décadas.

Nas palavras de Soares (2008):

em uma sociedade democrática, vivendo sob o estado de direito, as mudanças são lentas. O que difere um país que consegue construir uma sociedade igualitária de outros que param na metade do caminho é mais o fôlego para a caminhada do que a velocidade da mesma. (Soares, 2008, p.16)

Segundo Soares (2008) se o Brasil continuar com uma redução de 0,7 pontos/ano nos próximos 24 anos, o país atingirá um nível igual ao Canadá em termo de desigualdade.

O trabalho “Comunicado da presidência” (2008) usa uma série histórica maior, de 1990 a 2007, e condiciona a redução do índice de Gini nesse período, a uma elevação dos rendimentos das camadas mais pobres da população e a uma diminuição real na remuneração dos ocupados em principais cargos no país. Os 10% mais pobres tiveram um aumento no rendimento médio mensal real de 44,4% enquanto os 10% ocupados nos cargos mais bem remunerados tiveram perda no rendimento médio mensal real de 9,8%.

O autor¹⁷ afirma, ainda, que nesse período a queda na repartição pessoal da renda, aconteceu simultaneamente ao aumento na desigualdade funcional da renda, ou seja, perda da participação relativa do rendimento dos trabalhadores. Para que haja melhora na distribuição de renda é necessário que haja um aumento da parcela do trabalho na renda nacional (repartição funcional) e ao mesmo tempo tenha uma redução da desigualdade na repartição pessoal da renda do trabalho.

Porém há um debate no Brasil quanto à eficácia da distribuição de renda. Em Pochmann (2007) o autor observa que no ano de 2006 o decil de maior rendimento absorveu 44,9% do total de renda do trabalho, enquanto em 1990 esses respondiam por 48,1%. A queda de 6,6% no período leva a hipótese de que se continuar esse ritmo o país vai levar mais umas seis décadas para alcançar o estágio que se verifica hoje nas economias avançadas.

O baixo crescimento da economia nacional e também a forma como o país está inserido na economia mundial (país exportador de bens de baixo valor agregado) levou a uma diminuição do “peso relativo dos rendimentos dos ricos no total da renda do trabalho” (Pochmann, 2007) o que está ligado ao movimento de desestruturação do mercado de trabalho. Essa desestruturação do mercado leva a uma situação de empregos precários e sem regulamentação, o que intensifica a rotatividade de trabalhadores ocupados.

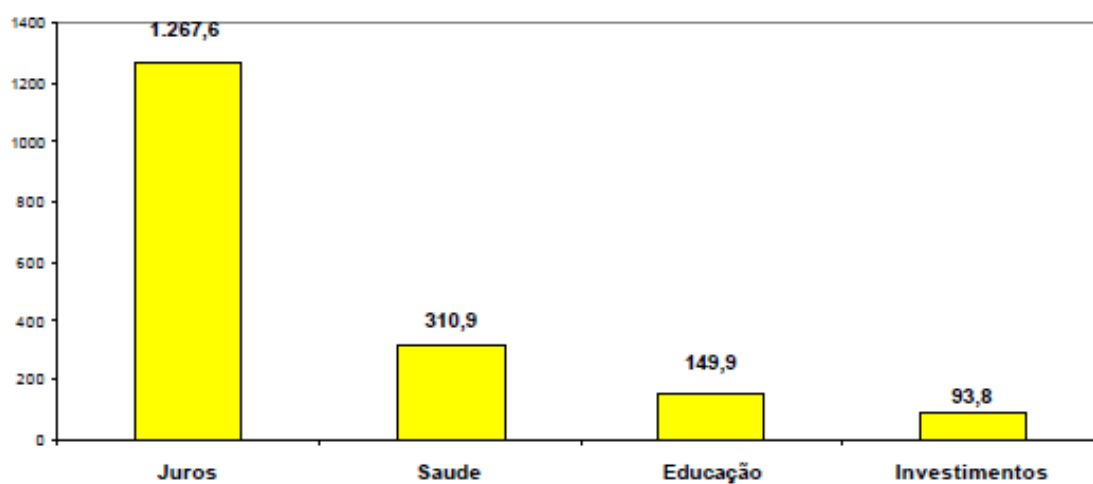
O conjunto da população mais rica se distancia da condição de trabalho, eles estão cada vez mais ligados a rendimentos de propriedades (lucros, renda da terra, ações, títulos financeiros, entre outros). A renda dos proprietários esta relacionada aos ganhos não

¹⁷ Ver mais explicações em comunicado da previdência nº 14 p. 3

produtivos, que tem sido em maior escala que os ganhos provenientes de atividades produtivas, onde se encontram, em geral, os trabalhadores.

Porém, houve um fortalecimento na participação dos 40% de menor renda do trabalho. Essa melhora é atribuída aos avanços gerados pela CF/88. Pochmann conclui afirmando que “o Brasil consegue combinar estranhamente a trajetória de agravamento no processo de distribuição funcional da renda com a melhoria no perfil distributivo somente no interior da renda do trabalhador.” (Pochmann, 2007)

Gráfico 7 – Gastos acumulados com Juros, saúde, educação e investimento da União entre 2000 e 2007 (em bilhões de reais*)



Fonte: SIAF/STN, BACEN e IPEA – Disoc
Elaboração: Comunicado da Previdência (2008)
* deflator implícito do PIB

O gráfico 7 destaca os principais componentes da renda nacional. Os gastos com juros da dívida pública são considerados improdutivos, pois não geram emprego e também não melhoram os rendimentos dos trabalhadores. Esses gastos favorecem os proprietários dos títulos financeiros, que em geral pertencem às camadas mais remuneradas da sociedade. Os gastos com saúde, educação e investimentos no período correspondem a 43,75% dos gastos com juros. Assim os gastos que “favorecem” diretamente os trabalhadores são bem menores que os gastos com juros que ajuda aumentar a distancia entre os 10% mais ricos e os 40% mais pobres.

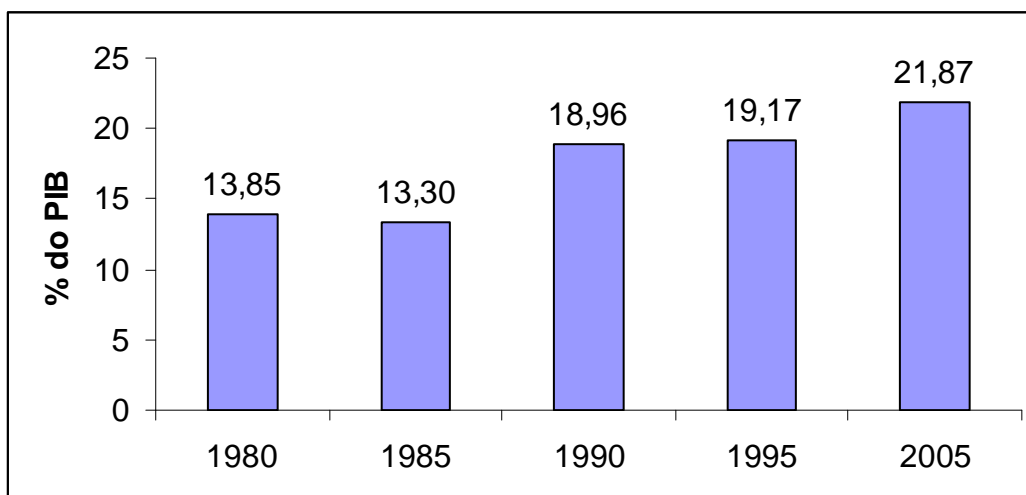
4 – O GASTO SOCIAL NAS TRÊS ESFERAS DO GOVERNO

Segundo o Castro e Ribeiro (2009), a política social é uma forma que o Estado utiliza para maximizar bem-estar social. Em uma sociedade muito desigual, apenas o imposto redistribui renda, pois diminui sua concentração via transferência direta ou promoção de serviços sociais que visem igualdade no acesso a oportunidades.

O Gasto Social Federal (GSF) correspondem aos dispêndios diretos do governo federal, e as transferências de recursos a estados, municípios e instituições privadas, referentes a ações de desenvolvimento na área de atuação social.

O gráfico abaixo mostra a evolução do gasto público social nas três esferas do governo em percentual do PIB.

Gráfico 8: Gasto público social das três esferas de governo



Fonte: Para 1980, 1985 e 1990: Médici e Maciel (1995). Para 1995: Fernandes *et al.* (1998b)

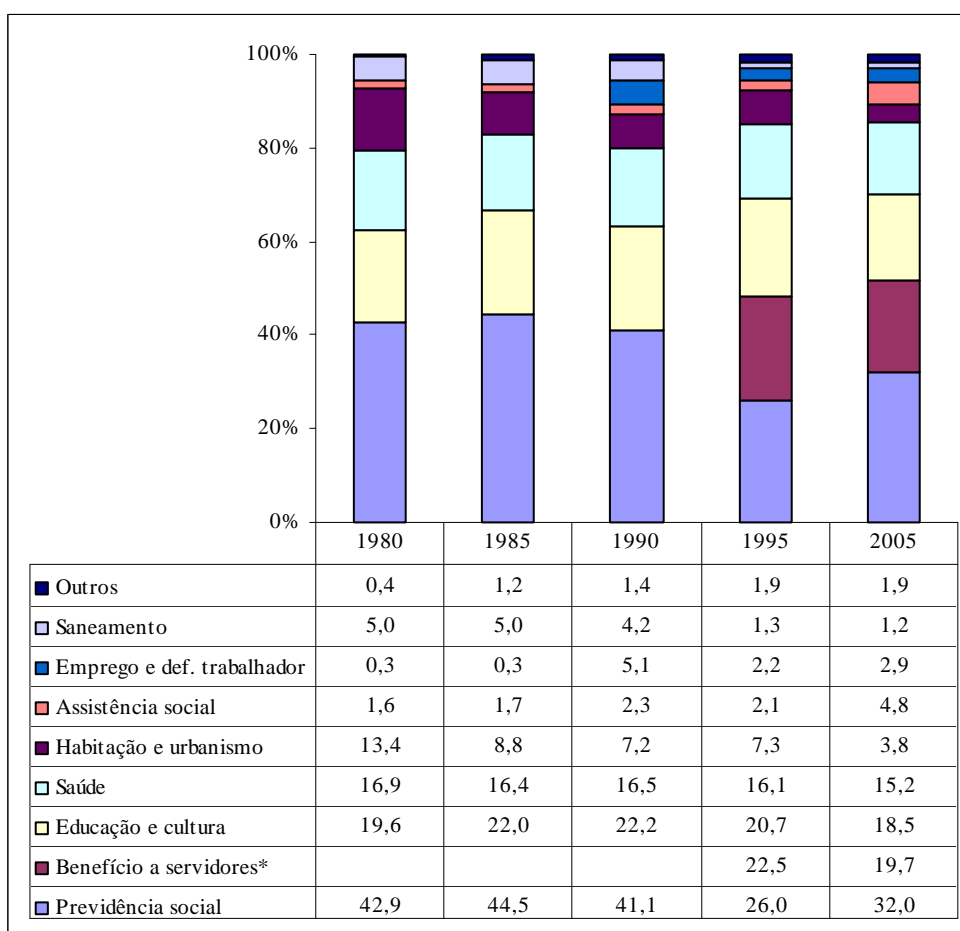
Elaboração: Cardoso JR (2009)

É possível perceber que o gasto social aumentou em relação ao PIB desde 1990¹⁸, quando os gastos sociais chegavam a quase 19% do PIB.

O próximo gráfico, separa esse gasto público social por áreas de atuação: Previdência Social; Benefício a servidores; Educação e Cultura; Saúde; Habitação; Assistência Social; Emprego; Saneamento e outros.

¹⁸ Na década de 1990 as políticas previstas pela CF/88 ainda não tinham sido implementadas.

Gráfico 9: Gasto público social das três esferas de governo – Participação percentual das áreas de atuação social.



Fonte: Para 180, 1985 e 1990: Médici e Maciel (1995)*. Para 1995: Fernandes *et al.* (1998b)

Elaboração: Cardoso JR (2009)

* Os dados referentes os Regime Geral de Previdência Social e os Regimes Próprios de Previdência Social, para funcionários públicos eram computados juntos.

Por esses dados é possível observar que há uma forte heterogeneidade na distribuição dos gastos, pelas várias áreas sociais. A Previdência Social em 1980 (antes da CF/88) era responsável por quase 43% do gasto público social. Esse percentual apresentou crescimento no período estudado, e em 2005 esse valor chega quase a 52% do gasto público social. A parcela dos gastos com Assistência Social também cresceu. Em 1995 esse era responsável por 2,1% do gasto público social, esse valor salta para 4,8% em 2005. Nesse período foram implementados programas assistencialistas, como o Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Bolsa Família e também o BPC.

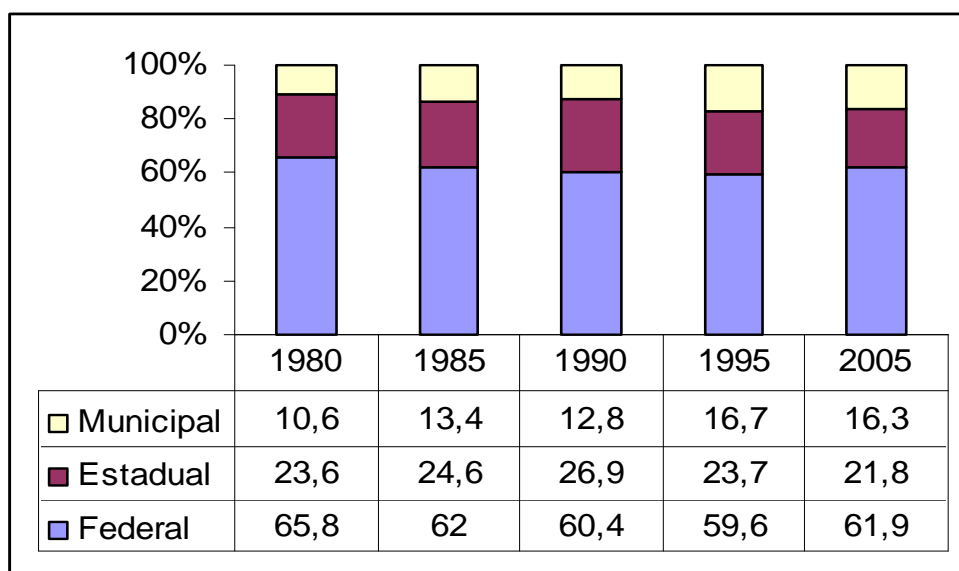
Outra área que merece destaque é o Emprego e defesa do trabalhador, que também teve um aumento no seu percentual dos gastos. Esse aumento pode ser atribuído a instituição do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), em 1990, que se destina a custear programas de seguro desemprego, de abono salarial e ao financiamento de programas de desenvolvimento econômico, sua principal fonte de recursos de é o PIS/PASEP.

Trajetórias diferentes tiveram os gastos públicos sociais com Saúde e Educação, que tiveram redução em sua parcela deste gasto. “Embora em termos absolutos essas áreas recebam atualmente muito mais recursos do que antes, o conjunto dos gastos sociais cresceu mais rápido.” (Castro e Ribeiro, 2009) Nessas duas áreas a parcela do gasto em 2005 foi a menor em toda a série observada. De acordo com Castro e Ribeiro (2009), vale observar que esta constatação exige alguns cuidados para ser analisada, pois neste período houve expansão das políticas de assistência, previdência e defesa do trabalhador. Por isso seria impossível que não ocorresse um reposicionamento entre as diferentes áreas sociais.

Nas áreas de Saneamento, Habitação e urbanismo houve uma redução muito grande de recursos nesse período, e segundo Castro e Ribeiro (2009) é inegável a redução de recursos nessas políticas públicas no período.¹⁹

A distribuição dos gastos sociais entre as três esferas se alterou nas últimas duas décadas, o gráfico abaixo mostra alguns movimentos dos recursos para essa área.

Gráfico 10: Gasto público social – Participação percentual das esferas de governo



Fonte: Para 1980, 1985 e 1990: Médici e Maciel (1995)*. Para 1995: Fernandes *et al.* (1998b)

Elaboração: Cardoso JR (2009)

É possível verificar um aumento significativo nos recursos municipais para o financiamento das políticas públicas sociais.

Segundo Castro e Ribeiro (2009), “é importante destacar que, nos anos 1990, os estados e os municípios aumentaram significativamente seu poder de arrecadação. Isso tem lhes possibilitado assumir mais responsabilidades na área de financiamento das políticas sociais.” (Castro e Ribeiro, 2009)

¹⁹ Em Cardoso (2009), o autor considera que há algum nível de imprecisão nos dados. Gerado por discrepâncias metodológicas existentes nos trabalhos de onde esses dados foram extraídos. Mas ele reitera que mesmo com essa imprecisão nos dados a redução nas áreas de saneamento e habitação é inegável.

A maior parte dos gastos com políticas sociais são financiadas por fontes tributárias, impostos ou contribuições. Os impostos podem ser utilizados com autonomia pelos governantes, pois, não há obrigatoriedade de gasto em ações específicas. Já as contribuições direcionam os recursos para um determinado gasto.

Segundo o IPEA (2009b) em 1989 as despesas federais com as áreas da Seguridade Social ficavam em torno de 8,2% do PIB, já em 2008 essas despesas representam 13% do PIB. As contribuições sociais que financiam a seguridade são uma das principais explicações para o crescimento da carga tributária no país, porém esses recursos não são direcionados integralmente as ações sociais, pois uma parte desses são compartilhados com outras prioridades fiscais por meio da Desvinculação das Receitas da União (DRU), que foi criada em 1994 com o nome de Fundo social de Emergência e depois de algumas mudanças chegou a atual DRU. Esta desvinculação permite que 20% das receitas próprias da seguridade social sejam redirecionadas para atingir objetivos fiscais.

A expansão no gasto social, pós CF/88, levou a uma maior oferta de bens e serviços sociais, o que diversificou e melhorou a proteção social, e a gestão de oportunidades para a população brasileira.

Segundo dados de Castro e Ribeiro (2009) a população brasileira que vive em situação de indigência reduziu em 44,2%, e isso se deve ao pagamento de aposentadorias, pensões e auxílios pelo RGPS. E também pelos programas Bolsa Família e BPC. Devido a esses pagamentos a desigualdade de renda, medida pelo índice de Gini, reduziu em 7,4%, o que segundo os autores evidencia o caráter distributivo da política previdenciária pós - CF/88.

Pelo critério da Cepal²⁰ a pobreza diminuiu de 38,2%, em 2002, para 28% da população em 2007. O índice de Gini reduziu de 0,599 no final da década de 1980, para 0,552 em 2007, o que representa uma redução de 7,8% no índice. Em Castro e Ribeiro (2009) o autor afirma que “o conjunto de iniciativas de transferência direta de renda colaboram para a redução do índice de desigualdade de rendimentos no país.” (Castro e Ribeiro, 2009)

Nas palavras de Castro e Ribeiro (2009):

Um dos grandes desafios colocados atualmente para a política pública no Brasil é combinar crescimento econômico com distribuição de renda. Para fazer frente aos atuais problemas sociais brasileiros, não se pode abrir mão de taxas de crescimento econômico mais elevadas e sustentáveis no tempo. Isso é condição necessária para ajudar a resolver alguns dos problemas clássicos do mercado de trabalho nacional, além de que pode ajudar na resolução dos problemas fiscais do Estado, ao ampliar as possibilidades de arrecadação tributária. (Castro e Ribeiro, 2009, p.115)

O autor continua dizendo que são necessárias melhorias decorrentes de ações redistributivas do Estado no lado tributário e no lado dos gastos públicos.

²⁰ Informações tiradas do texto Cardoso Jr (2009) p. 107

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pobreza pode levar a uma estagnação da economia. Em uma sociedade onde boa parte da população é considerada pobre, pode haver insuficiência de demanda agregada, que por sua vez leva a desestímulo de produção e assim reduz o crescimento econômico. Por isso políticas de distribuição de renda se fazem necessárias para que os efeitos positivos do crescimento econômico atuem sobre a redução da pobreza.

Para que se tenha uma política de distribuição de renda duradoura, é necessário que haja uma política de produção e emprego condizentes com o bem-estar

O gasto social federal vem crescendo e relação ao PIB desde 1985. Em 2005 esse gasto representava quase 22% do PIB. Mas não há homogeneidade na distribuição desses gastos. Áreas como Previdência, Assistência e defesa do trabalhador tiveram crescimento na sua participação do gasto público federal.

Já áreas como saúde e educação, tiveram sua participação reduzida, mas isso não significa que em termos absolutos essas áreas estejam recebendo menos recursos que anteriormente. Diferente de saneamento e urbanismo que teve uma redução drástica na sua parcela dos gastos, o que torna inegável a redução de recursos nessas políticas públicas.

Na década de 1990 os estados e municípios aumentaram o seu poder de arrecadação, o que lhes possibilitou assumir mais responsabilidades na área de financiamento das políticas sociais. Nas duas últimas décadas houve uma redução no número de indigentes, redução nos níveis de desigualdade de renda e redução no índice de Gini.

Assim é necessário combinar, no Brasil, uma política de crescimento econômico e uma política de distribuição de renda, para que os problemas sociais possam ser resolvidos e também as taxas de crescimento econômico sejam elevadas e sustentáveis no tempo.

CONCLUSÃO

O Brasil começou a contar com um sistema de proteção social a partir da década de 1930. O sistema tinha características de seguro social, e atingia a uma pequena parcela da população, no decorrer de algumas décadas o sistema foi evoluindo, mas continuava excluindo uma considerável parcela da população.

A Seguridade Social surge com a CF/88, e tem o objetivo de assegurar os direitos de Saúde, Previdência e Assistência Social. Os benefícios de Seguridade estão ligados a uma questão de cidadania, e não a um critério de contribuição.

Um avanço muito significativo na Previdência Social foi a inclusão do trabalhador rural em regime de economia familiar. Os trabalhadores nessas condições passaram a contar com o benefício da aposentadoria por tempo de serviço. Diferente do que ocorre no regime urbano onde é exigido do trabalhador tempo de contribuição e idade mínima.

Porém muitos trabalhadores ainda estão excluídos do sistema previdenciário, a maioria trabalhadores informais. Por isso o governo tem criado programas que visam, via redução de tributos, formalizar micro e pequenas empresas, e como consequência formalizar também a situação de seus empregados.

A Assistência Social também teve avanços muito significativos. Primeiro com a instituição do BPC, que transfere renda para o idoso e para a pessoa com deficiência que tenha renda familiar *per capita* inferior a um quarto do salário mínimo. No final de 2008 esse benefício atingia quase 3 milhões de pessoas.

Outros tipos de programas que merecem destaque são os programas de transferência de renda com condicionantes, por exemplo, o PBF, que atendeu em 2008 a 12,4 milhões de famílias. Esse programa considera a renda familiar *per capita* e também a composição familiar. E exige dos beneficiários que esses cumpram algumas determinações, como freqüentar a escola (crianças e jovens de até 17 anos); participar das campanha de vacinação do Ministério da Saúde; e para as gestantes e nutrízes - fazer acompanhamento pré e pós-natal.

No âmbito da saúde os avanços também foram significativos. O índice de mortalidade infantil caiu devido ao aumento de mãe que fazem o acompanhamento pré-natal, e ao maior atendimento de crianças nos hospitais. O Brasil se tornou referência internacional quanto ao combate da AIDS, devido a campanhas informativa; de distribuição de preservativos e seringas descartáveis; e fornecimento de medicamentos antirretrovirais.

O País também se destaca na área de transplante de órgão e tecidos. E no trabalho de vigilância epidemiológica, que já erradicou algumas doenças, mas continua com um trabalho de vacinação para evitar o retrocesso das doenças.

No período pós CF/88 o gasto social traçou uma trajetória crescente. Porém a distribuição desses recursos nas diversas áreas sociais não é homogênea. Áreas como previdência e assistência tiveram uma maior parcela dos gastos enquanto áreas como saneamento e habitação tiveram sua parcela de gastos bem reduzida. Isso pode ser explicado pelo aumento das políticas na área de assistência e previdência.

A desigualdade social, no Brasil, é muito grande. Embora muitos programas e projetos tenham sido implementados nas últimas décadas no âmbito de proteção social, a discrepância entre os 10% mais ricos e os 40% mais pobres ainda é muito significativa. O país tem adotado políticas focalizadas que amenizam a pobreza momentânea, mas não tiram a população mais carente, permanentemente, da situação de pobreza.

Alguns dados, apresentados nesse trabalho, mostram que o número de indigentes no país caiu e que o índice de Gini também sofreu reduções. Essas duas reduções podem ser atribuídas ao pagamento de benefícios previdenciários e assistenciais oferecidos pelo governo. Essa melhoria na renda da população mais pobre é fundamental para que esta tenha condições de manter uma vida com um mínimo de dignidade. Por isso esses benefícios são muito importantes. Porém não são suficientes, pois as famílias continuam vivendo em condições muito vulneráveis.

É necessário tirar essa população da condição de pobreza permanentemente, e uma maneira de fazer isso é gerando emprego, que além de aquecer a economia dá dignidade ao trabalhador.

O 10% mais ricos da população estão muito distante da população mais pobre, mas a situação dos mais carentes (embora não seja permanente) tem sido amenizada. Dessa forma a distribuição de renda é feita basicamente entre os trabalhadores assalariados. Para que haja uma melhor distribuição de renda seria necessário aumentar a tributação dos ganhos não produtivos, e assim atingir também a parcela mais rica da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMORIM, R. L. C. A CF/88 Economia E Sociedade no Brasil. In CARDOSO JR, J. C.(Org) A Constituição Brasileira de 1988 Revisitada: recuperação Histórica e Desafios Atuais das Políticas Públicas nas Áreas das Políticas Públicas nas Áreas Econômica e Social(Volume 1), Brasília, IPEA, 2009 p 9 – 49
- BARR, N. The Historical Background. The Economics of the Welfare State. Inglaterra, OXFORD University Press, 2003. p. 16- 41
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado 1988
- CASTRO, J. A. ; CARDOSO JR, J. C. Políticas Sociais no Brasil: Gasto social do Governo Federal de 1988 a 2002 In: JACCOUD, L (Org) Questões Sociais e Políticas no Brasil Contemporâneo.Brasília, IPEA, 2005 p. 261 – 312. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/questaosocial/Cap_6.pdf
- CASTRO, J. A.; RIBEIRO, J. A.; CAMPOS, A. G.; MATTIASCIC, M. A CF/88 e as Políticas Sociais Brasileiras.. In CARDOSO JR, J. C.(Org) A Constituição Brasileira de 1988 Revisitada: recuperação Histórica e Desafios Atuais das Políticas Públicas nas Áreas das Políticas Públicas nas Áreas Econômica e Social (Volume 1), Brasília, IPEA, 2009 p 55 -115
- COMUNICADO DA PRESIDÊNCIA Nº 14, Distribuição Funcional da Renda no Brasil: situação recente IPEA, novembro de 2008. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/comunicado_presidencia/08_11_11_DistribuicaoFuncional.pdf Acesso em Março de 2010
- DECRETO Nº 6.917, Mudanças nos Valores dos Benefícios do Programa Bolsa Família, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6917.htm Acesso em Fevereiro de 2010
- DECRETO-LEI. Conselho Nacional de Serviço Social, 1 de julho de 1938. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=100867> Acesso em: fevereiro de 2010
- GENTIL, D. L. A Política Fiscal e a Falsa Crise da Seguridade Social Brasileira – Análise financeira do período 1990-2005, Tese de Doutorado (grau de Doutor em Economia) – Instituto de Economia, Universidade Federal do Rio de Janeiro,Rio de Janeiro. 2006
- GIAMBIAGI, F.; ALÉM, A. C. Finanças Públicas Teoria e Prática no Brasil Rio de Janeiro, RJ, Editora Campus, 2007 p. 19 - 49
- IPEA (A), Brasil em Desenvolvimento Estado, Planejamento, e Políticas Públicas (3 volumes), Brasília,2009.
- IPEA (B), Políticas Sociais: acompanhamento e análise. Vinte anos da Constituição Federal volume 1, Brasília, novembro de 2009
- JACCOUD, L. Pobres, Pobreza e Cidadania: os desafios recentes da proteção social, Rio de Janeiro, IPEA. Texto para Discussão nº 1372, 2009 Disponível em:

http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1372.pdf Acesso em março de 2010

LAVINAS, L. *A Estrutura do financiamento da proteção social brasileira e as contas da proteção social*. Miméo, forthcoming Ministério do Trabalho sob coordenação de DEDECCA, C. 2007

_____. Política social: sem compulsório, nem clientelas. In Teoria & Debate, n 65, set-nov. 2003

_____. Transferência de renda: o “quase tudo” do sistema de proteção social brasileiro In: Sicsú, J.(Org) *Arrecadação De Onde Vem? E Gastos Públicos Para Onde Vão?* São Paulo, Boitempo, 2007

LEI Nº 8.080. *Lei Orgânica da Saúde*, 19 de setembro de 1990, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/l8080.htm> Acesso em Janeiro de 2010

_____. Nº 8.742. *Lei Orgânica de Assistência Social*, 7 de Dezembro de 1993, Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8742.htm> acesso em Janeiro de 2010

_____. Nº 10.741, *Estatuto do Idoso*, 1º de Outubro de 2003, Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2003/10741.htm> Acesso em Fevereiro de 2010

_____. Nº 11.692, *Programa Nacional de Inclusão de Jovens*, 10 de Junho de 2008, Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11692.htm#art20 Acesso em Fevereiro de 2010

MARQUES, R. M. Uma Previdência Social para os brasileiros In: Sicsú, J.(Org) *Arrecadação De Onde Vem? E Gastos Públicos Para Onde Vão?* São Paulo, Boitempo, 2007

MEDEIROS, C.A, A *Distribuição de Renda como Política de Desenvolvimento*, Texto preparado para a mesa “Política como Distribuição de Renda” como parte do programa de debates comemorativos dos 50 anos do BNDES, setembro 2002.

_____. *Economia e Sociedade, Desenvolvimento Econômico, heterogeneidade estrutural e distribuição de renda no Brasil*, Campinas, v. 13, n. 2, p. 169-175, 2004

_____. *Padrões de Crescimento, Distribuição de Renda e Pobreza: Lições da Experiência da América Latina* Disponível em: http://www.sep.org.br/artigo/915_84765d5c08bdfaa93172891ac78af497.pdf?PHPSESSID=93c69bf512f15aacfd4cac3a9c Acesso em 12 de janeiro de 2010

MEDIDA PROVISÓRIA Nº 2.206, *Programa Nacional de Renda Mínima vinculado à saúde “Bolsa Alimentação”*, 10 de Agosto de 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/MPV/Antigas_2001/2206.htm Acesso em Fevereiro de 2010

MINISTÉRIO DA SAÚDE *Norma Operacional Básica*, Novembro de 1996, Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html Acesso em Fevereiro de 2010

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME. *Benefício de Prestação Continuada (BPC)*. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/servicos/fale-conosco/assistencia-social/gestor-tecnico-municipal/bpc-beneficio-de-prestacao-continuada> Acesso em Janeiro de 2010

_____. *Benefícios e Condicionalidades* Disponível em: http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/o_programa_bolsa_familia/beneficios-e-contrapartidas Acesso em 29 de Janeiro de 2010

_____. *Norma Operacional Básica*, 2005, Disponível em: http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/usr/File/2006/imprensa/NOB_versao_final.pdf Acesso em março de 2010

_____. *Norma Operacional Básica*, 2008, Disponível em: http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/usr/File/2006/imprensa/NOB_versao_final.pdf Acesso em Março de 2010

_____. *Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Peti)* Disponível em: <http://www.mds.gov.br/programas/rede-suas/protecao-social-especial/programa-de-erradicacao-do-trabalho-infantil-peti> Acesso em Janeiro de 2010

_____. *Realizações do Bolsa Família em 2009*, Disponível em: http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/menu_superior/informe-pbf/informe-pbf-gestores Acesso em Dezembro de 2009

MATIJASCIC, M. *Opções de Reforma e financiamento das políticas sociais*. . Miméo, forthcoming Ministério do Trabalho sob coordenação de DEDECCA, C. 2007

POCHMANN, M. Gasto social, o nível de emprego e a desigualdade da renda do trabalho no Brasil In: Sicsú, J.(Org) *Arrecadação De Onde Vem? E Gastos Públicos Para Onde Vão?* São Paulo, Boitempo, 2007

_____. *Indicadores da pobreza e a Pobreza dos Indicadores*. Carta Social e do Trabalho, v. 4. p. 56-63, 2006

_____. *Sobre a Distribuição de Renda*, Revista Fórum, Edição 55 de Outubro de 2007. Disponível em: http://www.revistaforum.com.br/sitefinal/EdicaoNoticiaIntegra.asp?id_artigo=1195 Acesso em: Março de 2010

SALVADOR, E. A distribuição da carga tributária: quem paga a conta? In: Sicsú, J.(Org) *Arrecadação De Onde Vem? E Gastos Públicos Para Onde Vão?* São Paulo, Boitempo, 2007

SICSÚ, J. Apresentação In: Sicsú, J.(Org) *Arrecadação De Onde Vem? E Gastos Públicos Para Onde Vão?* São Paulo, Boitempo, 2007

_____. Políticas macroeconômicas e políticas sociais. Miméo, forthcoming Ministério do Trabalho sob coordenação de DEDECCA, C. 2007

SOARES, S. S. D. O ritmo de queda na desigualdade no Brasil é adequado? Evidências do contexto histórico e internacional Brasília, IPEA, Texto para Discussão nº 1339, 2008. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/publicacoes/tds/td_1339.pdf

TEIXEIRA, A. Do Seguro à Seguridade: A Metamorfose Inclusa do Sistema Previdenciário Brasileiro. IEI – UFRJ, Texto para Discussão. Rio de Janeiro 1990, n 249 p.1-41